برنامج إرشادي سلوكي مقترح لخفض حدة ترديد الكلام (المصاداة) وأثره في تحسين التواصل لدي عينة من ذوي طيف التوحد

أ. كمال كمال عبد المقصود الفتياني
باحث ماجستير

مقدمة:

يعد التوحد من أكثر الاضطرابات السلوكية صعوبة، نتيجة انعكاسه سلباً على معظم جوانب الأداء والشخصية. وحيث أن اضطراب التوحد Autism Disorder يصيب فئة من الأطفال في مرحلة من أهم مراحل النمو الإنساني، وهي مرحلة الطفولة المبكرة فكان ولابد من الاهتمام بالكشف المبكر عن الاضطراب في مراحله الأولي، لأن ذلك يزيد من فرصة تحسين وعلاج الأطفال المصابين به في الوقت المناسب، لكي يستطيع مثل هؤلاء الأطفال التوافق مع أنفسهم، ومع الآخرين، ومع المجتمع، بينما تأخر الاكتشاف والتشخيص والعلاج يجعل من الصعوبة تحسين وعلاج مثل هذه الحالات (هشام الخولي، ٢٠٠٧، ٤٠٨).

ويشير الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV,1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders الصادر عن رابطة الطب النفسي الأمريكية (American Psychiatric Association) أن اضطراب التوحّد يتضمن ثلاث خصائص أساسية هي: القصور في التواصل الاجتماعي، والقصور في اللغة والمحادثة، ووجود أنماط متكررة وثابتة من السلوك (Keen, 2003,p.50).

كما يمثل تواصل الأطفال ذوي طيف التوحد مع المحيطين بهم مشكلة متعددة الجوانب تظهر في صورة انخفاض في مهارات الاتصال ومشكلات في التعبير عن المشاعر والانفعالات والحالات النفسية التي يمرون بها ولذلك تظهر لديهم بعض السلوكيات الدالة على التحدي أثناء استثارتهم انفعاليا أو الغضب مثل الإلقاء ببعض الأشياء بعيدا أو قذف ما يكون بأيديهم وما إلى ذلك من السلوكيات العدوانية وهو ما يعد تعبيراً عن رغبتهم في جذب انتباه المحيطين بهم إلى أحداث أو أفكار معينة لا يستطيعون التعبير الصحيح عنها وقد تعتبر تعبيراً عن إحباطات معينة يمرون بها وقد يصل بهم الحال نتيجة لذلك لإيذاء أنفسهم

(باتريشيا هولين ١٩٩٨، ٦٠) ، وبشير عبد العزيز الشخص (٢٠٠٣، ٣٥) إلى أهم الأعراض التي تندرج ضمن السلوكيات النمطية، والاستغراق في عمل واحد محدد لمدة طويلة وبصورة غير عادية (التكرار) ، والتقيد الجامد بالعادات أو الطقوس غير العملية المهمة ، واللزمات الحركية النمطية والمتكررة ، والانشغال بأجزاء الأشياء وليس بالشيء كله. رغم أن الإصابة باضطراب التوحد تؤدي إلى إلحاق الأذى والخلل بجميع نواحي النمو لدى الأطفال المصابين التي تشمل النواحي المعرفية والسلوكية والاجتماعية إلا أن التواصل اللفظي يعتبر من أهم المحاور المتضررة جراء تلك الإصابة. فالتواصل من خلال ألفاظ معبرة لدى المصابين بالتوحد ربما كان معدوماً أو نادراً جداً، وتظهر مشكلة الكلام لدى مصابي التوحد من الرفض الكامل له إلي إصدار أصوات غير مفهومة والصراخ والهمهمة (المصاداة).

تتحدد مشكلة البحث الحالي في التساؤل الآتي:

هل يمكن خفض حدة ترديد الكلام (المصاداة) وتحسين مهارات التواصل لدى عينة من ذوي طيف التوحد من خلال برنامج إرشادي سلوكي؟

أهداف الدراسة:

لهذه الدراسة هدف عام وهو خفض حدة ترديد الكلام (المصاداة) للأطفال التوحديين وأثرة في تحسين مهارات التواصل لدي ذوي طيف التوحد وذلك من خلال برنامج إرشادي سلوكي.

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة الحالية إلي جانبين، أحدهما نظري والآخر تطبيقي، ويتضح ذلك فيما يلي:

أولاً: لأهمية النظرية:

١- تتصدى لفئة من ذوى الاحتياجات الخاصة في حاجه إلى مد يد العون والمساعدة لهم ، حيث أن هذه الفئة لم تنل حظها من البحث والدراسة على حد علم الباحث.

٢- التأصيل لمفهوم المصاداه كأحد أنماط السلوكيات النمطية لدى الطفل التوحدي.

ثانياً: الأهمية التطبيقية:

إعداد برنامج إرشادي سلوكي لخفض حدة ترديد الكلام (المصاداة) لأطفال التوحد وبيان أثره في تحسين مهارات التواصل.

مصطلحات الدراسة:

البرنامج الإرشادي السلوكي:Counseling Program Behavioral

برنامج مخطط ومنظم يقوم على مجموعة من الفنيات الإرشادية السلوكية لإحداث تعديل وتغير في سلوك الأطفال ذوي طيف التوحد لخفض حدة تريد الكلام (المصادات).

يعرف الباحث البرنامج الإرشادي السلوكي بالدراسة الحالية بأنه: مجموعة من الأسس والخطوات المنظمة في إطار النظرية السلوكية تقوم على مجموعة من الجلسات الإرشادية تنطوي على فنيات الإرشاد السلوكي وتهدف إلى خفض حدة ترديد الكلام (المصاداة) وتحسين التواصل لدي عينة من ذوي طيف التوحد من خلال الحوار والمشاركة والتعاون وغيرها من الفنيات السلوكية وذلك خلال فترة زمنية معينة.

ترديد الكلام:Echolalia

التقليد العاجل ليس إلا تكرار لحديث الكلام، وينتج إما بشكل مباشر (عاجل) أو خلال دقيقتين من سماع الكلام الأصلي، ويتضمن التكرار الحرفي أو بعض التغييرات التي قد تخدم عدداً من الوظائف الإدراكية والاتصالية أما التقليد المؤجل فهو تكرار للحديث، حيث يتم في وقت لاحق ٣ دقائق على الأقل، أو بعد ساعات أو أيام أو أسابيع، يتضمن التكرار الحرفي أو تغييراً بسيطاً في التركيب.

ويعرف الباحث ترديد الكلام (المصاداة) في هذه الدراسة بالدرجة التي يحصل عليها الطفل التوحدي على مقياس ترديد الكلام(المصاداة) المستخدم في الدراسة بشكل مقبول وكذلك التعامل مع الآخرين.

مهارات التواصل:Communication Skills

يعرف الباحث مهارات التواصل بأنها: طريقة أو نظام يسمح للأطفال التوحديين لتحقيق رغباتهم والحصول على حاجاتهم المناسبة التي تتمثل في مهارات التواصل (طلب الأشياء – عمل اختيارات –الاعتراض– التعليق – الانتباه المشترك–التقليد) بفاعلية دون اللجوء إلى

السلوكيات المضطربة أو المشكلات السلوكية والتي تتمثل في البكاء والصراخ ونوبات الغضب وإيذاء الذات والآخرين.

ويعرف الباحث مهارات التواصل في هذه الدراسة بالدرجة التي يحصل عليها الطفل التوحدي على مقياس مهارات التواصل المستخدم في الدراسة.

التوحد Autism

وطبقاً لدليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها-الإصدار الرابع DSM-IV ترى الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychological Association أن التوحد عبارة عن اضطراب في السلوك، والتواصل، والتفاعل الاجتماعي، يحدث قبل أن يصل الطفل إلى سن الثالثة من العمر، بالإضافة إلى القصور في الوظائف المعرفية المختلفة، وممارسة والسلوكيات النمطية المتكررة (Gamze&Atilla,2007 ,pp. 23-32).

ويعرف الباحث التوحد في هذه الدراسة بالدرجة التي يحصل عليها الطفل التوحدي على مقياس مقياس جيليان لتشخيص التوحد إعداد محمد السيد عبد الرحمن (٢٠٠٤).

الإطار النظري للبحث:

يتضمن الإطار النظري للدراسة الحالية تناولاً مفهوم التوحد، ومفهوم التواصل:

أولاً: التوحد.

يعرف كل من " فريث وهيل,(Frith U & Hill,2004,p.225) التوحد بأنه اضطراب نمائي ينتج عن أسباب مجهولة بشكل كبير، ويتميز بقصور في اللغة والعلاقات الاجتماعية وردود الأفعال تجاه البيئة المحيطة.

وترى نوفيس وآخرون (Novaes,C , et al,2008, PP. 616-651) أن التوحد يشير إلى اضطراب شديد في التواصل والتفاعل الاجتماعي، وقصور حاد في النمو، مع الانشغال في ممارسة أنشطة تكرارية وحركات نمطية، وتظهر هذه الخصائص ما بين الولادة وحتى ١٨ شهر من العمر.

وتعرف هاديك(Haiduc,I,2009, Pp . 29-34) التوحد بأنه اضطراب نمائي عصبي يبدأ في السنوات الأولى من العمر، ويؤدي إلى قصور في سلوكيات الانتباه المشترك، والتواصل البصري، واللعب الرمزي ، ويحدث ذلك ما بين ٢-٥ أعوام.

معدل انتشار اضطراب التوحد:

يشير حسن عبد المعطى (٢٠٠٣ :٥٥٦) إلي أن الدراسات المسحية في هذا المجال نادرة ولا يرجع هذا إلى قلة عدد المصابين بل يرجع إلى صعوبة اكتشافه، والخلط بينه وبين غيره من الاضطرابات الأخرى، فضلا عن عدم توافر وسائل لتشخيصه، وعدم توافر المتخصصين في المؤسسات لدراسة هذا الاضطراب والاهتمام بهذه الفئة.

وقد نشرت الجمعية الأيرلندية للتوحد دراسة محدده عن انتشار التوحد، ووجدت أن التوحد في ازدياد مستمر ومن خلال تشخيصهم وجدت أن (٥ لكل ١٠٠٠٠) حالة ولادة حيه مصابه بالتوحد وهذه الدراسة أجريت على الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ٣ سنوات، مما يؤكد أن عددهم أقل من الواقع، أما في ضوء التقارير الدولية يقدر معدل انتشار التوحد (٢٠لكل ١٠٠٠٠) . (sheelagh,2001,p.13)

وقد أشارت الجمعية الأمريكية للتوحد (Autism Society of America,2004) أن أكثر من نصف مليون فرد في الولايات المتحدة يعانون من التوحد أو أحد أشكاله، وأن معدل انتشاره الآن يقع ثالث أكثر الاضطرابات النمائية شيوعاً وانتشاراً (Scheuerman,2002,p. 12). وقد أشارت بعض الدراسات إلى أن النسبة تكاد تصل إلى (١:٥٠٠) لكل حالة ولادة حية كما هو الحال في الولايات المتحدة الأمريكية، وأشارت الجمعية الأمريكية للتوحد إلى أن حالات التوحد بأنماطها المختلفة وأشكالها تصل إلى (١,٥٠٠,٠٠٠) يمكن وصفهم بأن لديهم حالة توحد أو أشكال طيف التوحد، وسواء كان معدل حدوث التوحد مرتفعا أو منخفضاً فأن الأطفال ذوي طيف التوحد يمثلون فئة من المجتمع، ويجب تقديم الخدمات التي تكفل لهم النمو الطبيعي في حدود ما تسمح به قدراتهم. (طارق عامر،٢٠٠٨ :٣١).

وتختلف نسبة التوحد من دولة إلى أخرى، وذلك لعدم وضوح الأسباب والأخطاء في التشخيص، وبناء على حقائق جديدة ظهر ازدياد المعدلات العالمية للإصابة بالتوحد؛ حيث بلغت نسبة الإصابة مؤخرا إلى(١من كل ١٤٥) حالة ولادة (بدلا من ١من كل ٥٠٠) ولادة قبل ثلاث سنوات وزيادة الإصابة بالتوحد بين الإناث ؛ حيث أصبحت نسبة الإصابة بين الإناث والذكور (٢:٤) بدلا من(١:٤). (وليد خليفة يزيد العضاونه، وائل الشرمان ،٢٠١٣،١٩-١٨)

وتجدر الإشارة هنا إلى أن دراسات علم الأوبئة في مجال التوحد تشير إلى الازدياد في نسبة شيوع هذا الاضطراب في الوقت الحاضر مقارنة عما كان عليه في الماضي، فنسبة

انتشار التوحد واحد لكل مائة وخمسين طفلاً، ويمكن تبرير ذلك بالفهم المتزايد لاضطراب التوحد من حيث التعريف، والمحكات التشخيصية المعتمدة، ودقة أدوات القياس والتشخيص وتوافر الأخصائيين القادرين على القيام بمهمات التشخيص والتفريق بين الاضطراب والاضطرابات والإعاقات الأخرى التي تختلط أعراضها مع أعراض اضطراب التوحد (Anderson,C,et.al,2011، يوسف القريوتي وآخرون،٢٠١٢: ٣٨٦).

أعراض اضطراب التوحد: وتشتمل على:

(١) القصور في المهارات والعلاقات الاجتماعية:

من الملامح الأساسية لاضطراب التوحد أن يعد بمثابة إعاقة اجتماعية حيث يعاني الطفل على أثرها من قصور واضح في مستوى نموه الاجتماعي فلا يصل غالبية هؤلاء الأطفال إلى المرحلة الثالثة من مراحل النمو الاجتماعي التي حددها إريكسون Erickson وبالتالي يحدث قصور واضح وكبير في علاقاتهم الاجتماعية، ونقص أو قصور مماثل في مهاراتهم الاجتماعية اللفظية وغير اللفظية ينسحبون على أثره من المواقف والتفاعلات الاجتماعية . كما أن هناك ثلاثة جوانب لاختلال الأداء الوظيفي الاجتماعي للطفل التوحدي إلى جانب اختلال الوعي الاجتماعي لديه يمكن أن تمثل بشكل واضح بروفيلاً خاصاً به في الجانب الاجتماعي بشكل عام وتتمثل هذه الجوانب فيما يلي:

- عدم قدرته على فهم أن الآخرين يختلفون عنه في وجهات النظر، والخطط، والأفكار، والمشاعر.
- عدم قدرته على التنبؤ بما يمكن أن يفعله الآخرون في المواقف الاجتماعية المختلفة.
- العجز أو القصور الاجتماعي (عادل عبد الله ،٢٠١١: ٦٥-٦٨).

(٢) القصور في مهارات التواصل:

تعتبر المشكلات المتعلقة بالتواصل من الخصائص المهمة التي تميز الأطفال التوحديين، فهم عاجزين عن استخدام طرق التواصل مثل الصور، لغة الإشارة، الإيماءات ، كما أن بعضهم يستخدم لغة غير طبيعية، وبعضهم يتحدث كلمات مفردة، بينما البعض الآخر يقوم بترديد الكلمات أو العبارات مراراً وتكراراً، ويعتبر قصور وتأخر النمو اللغوي أحد السمات والخصائص الملفتة للنظر لدى الأطفال ذوي طيف التوحد فأكثر من ٥٠% من الأطفال ذوي طيف التوحد ينقصهم استخدام اللغة بشكل فعال ومفيد، ومع ذلك يمكن القول

بأن قصور التواصل يعد أكثر عمقاً من قصور اللغة فأكثر الأطفال ذوي طيف التوحد لا يدركون مدلول الابتسامة أو العبوس أو الإيماءات، مما يزيد من عمق قصور ومشكلات التواصل لأنه يتضمن التواصل بشقيه اللفظي وغير اللفظي.

(أ) التواصل غير اللفظي: يعد التواصل غير اللفظي من أدوات التواصل التي تتضمن تعبيرات الوجه Facial expression، والإيماءات Gestures، والنظر بالعيون eye gaze، واللمس Touch، ولغة الجسم Body language، ويجد الأطفال التوحديون صعوبة كبيرة في فهم واستخدام هذه الأدوات (Scott, et al, 2000,p. 15 ، روبرت كوجل ولن كوجل، ٢٠٠٣: ١٢٠-١٢١).

(ب)التواصل اللفظي: إن غياب الرغبة والدافعية للتواصل مع الآخرين يعد من أهم الخصائص التي ذكرها ليو كانر في وصفه وتحديده للأطفال ذوي التوحد، كذلك القصور اللغوي الواضح والذي يمثل أحد المؤشرات التي عادة ما تصاغ في كافة المحكات التشخيصية لتحديد من هو الطفل ذو التوحد؟!

وهناك مشكلات تظهر لدى الأطفال ذوي طيف التوحد تتعلق باللغة وتؤثر على التواصل لديهم ومن أهمها ما يلي:

- **المصادادة: Echolalia**

يعرف عبد العزيز الشخص (٢٠٠٦: ١٥٥) المصاداة بأنها حالة كلامية تتميز بالترديد القسري اللاإرادي لما يقوله الآخرون من كلمات أو مقاطع أو أصوات بصورة تبدو كأنها صدى لهم وهي تعتبر إحدى خصائص الإعاقة العقلية الشديد. وتعتبر المصاداة من المشكلات الأساسية في اللغة لدى الأطفال ذوي طيف التوحد، وهي ترديد لما يقوله الآخرون بشكل يشبه الببغاء للكلمات و العبارات، ويكون هذا الترديد إما فوري(ترديد فوري) Immediate Echolalia أي مباشر وفوري للكلام الذي يسمعه الطفل، أو بعد مرور فترة زمنية(ترديد متأخر) Delayed Echolalia لكلام سمعه الطفل منذ فترة طويلة، ومن الممكن أن يكرر الطفل التوحدي الكلام الذي يتحدث به الآخرون، أو يسمعه من الراديو، أو التليفزيون. وقد أظهرت الأبحاث أن للمصاداة وظيفة اجتماعية تتمثل في كونها الطريقة التي يحاول بها الطفل التوحدي التواصل باللغة مع الآخرين، كما أنه غالباً ما تؤدي المصاداة إلى اللغة الوظيفية فيما بعد (Bogdashina,O,2006,p.27).

ويذكر محمد كامل (١٩٩٨: ٣٨) الأسباب التي قد تؤدي إلى الاستخدام المتكرر للكلام أو اللغة ومنها:

- أن المصاداة تكون الطريقة الوحيدة الفعالة للطفل التوحدي للتواصل مع الآخرين باعتبارها طلب للاستحواذ على انتباه الآخرين.
- يمكن أن تحدث نتيجة تعرض الطفل للاستثارة الزائدة أو عدم إحساسه بالأمان في موقف معين.
- أن يكون هذا الأسلوب مرتبط بالنظام اليومي الروتيني الذي يوجد فيه الطفل.
- قلب الضمائر أو عكسها: Pronoun reversal

وهي من المظاهر الشائعة لدى الأطفال ذوي طيف التوحد حيث يشير الطفل إلى الآخرين بضمير "أنا" وعلى نفسه بضمير هو أو هي أو هم أو أنت، وهم نادراً ما يستعملون الضمير "أنا" في التعبير عن حاجاتهم؛ فغالبا ما يشيع لديهم استخدام قلب الضمائر مثل أنا وأنت فعندما يطلب أن يشرب فيقول (أنت عايز تشرب) أو عندما يريد أن يقول أنت بتآكل فسوف يقول(أنا بتاكل)، وعادة ما يتحسن استخدام هؤلاء الأطفال للضمائر مع التدريب.

(٣) الطقوس النمطية ومحدودية النشاطات والاهتمامات:

تعد السلوكيات النمطية المقيدة والتكرارية من أكثر العلامات والمؤشرات الدالة على التوحد، هذا وتتعدد وتتنوع السلوكيات النمطية بتباين أطفال التوحد، وقد تبدأ بشكل مختلف، وقد تختلف من حيث المدة التي تستغرقها وطبيعتها، وقد يكون بعضها أكثر تكراراً من الآخر، وبعضها يعد طقوساً أساسياً لدى بعض أطفال التوحد لممارسة الحياة، وبعضها يلحق الأذى بالطفل ولكن أغلبها لا يلحق أي أضرار بالطفل، وبعضها الآخر يلحق أضرار بالآخرين وبعضها لا يلحق أي أضرار (هشام الخولي، ٢٠٠٨: ٧١-٧٢).

(٤) القصور الحسي:

يقاوم العديد من الأطفال ذوي طيف التوحد المثير الحسي بإحدى الطريقتين: فإما أن يكونوا أكثر حساسية أو أن يكونوا أقل حساسية لبعض المثيرات. وهذا يمكن أن يؤثر على بعض الحواس أو كلها سواء كانت اللمس ، الرؤية، السمع ، التذوق ، أو الشم . وهذا معناه أن الطفل لديه اضطراب في التكامل الحسي Sensory Integration وهو عملية عصبية تحدث داخل كل منا، تأخذ المعلومات الحسية من أجسامنا والعالم من حولنا ويقوم المخ

بتلقي وبرمجة هذه المعلومات في تكامل لكافة المعلومات القادمة من القنوات الحسية المختلفة ويسمح لنا هذا التكامل باستجابة ذاتية أو بالحركة الآلية " الأوتوماتيكية " والفعالة والمريحة في التفاعل مع المواقف النوعية والمتطلبات البيئية. وتتواصل عملية التكامل الحسي طالما استمر الجهاز العصبي المركزي في النضج (Turkjngton, C; 2007,p. 141 Loeffelhard, J., & yack, E.,).

التوحد أسبابه والنظريات المفسرة له:

أولاً: التفسيرات النفسية والأسرية Familial Psychological Explanations:

كان كانر أول من أشار إلى دور العوامل الوالدية كسبب في حدوث اضطراب التوحد، وقد وصف والدي الطفل التوحدي بالذكاء، والميل إلى الاستحواذ، والرغبة في الكمال، والتعود على وضع قواعد جامدة كبديل للتمتع بالحياة، كما يتسم الوالدان بالبرودة والقلق (إسماعيل بدر، ٢٠١١، ٩٨).

ويذكر يوسف القريوتي وآخرون (٢٠١٢، ٣٨٧) أنه في الوقت الحاضر ونتيجة للدراسات الحديثة، والخبرات الكلينيكية، فإن الافتراضات السابقة حول أسباب التوحد لم تعد مقبولة، إذ أن التأكيد قد انتقل من الوالدين كأسباب لهذا الاضطراب إلى الجوانب والعوامل المعرفية والبيولوجية والاضطرابات النمائية التي يعاني منها للأطفال التوحديين أنفسهم. وهذا الانتقال جاء نتيجة للضغوط من قبل المجموعات الداعمة المؤلفة من والدي الأطفال ذوي طيف التوحد والاختصاصين.

ثانياً: العوامل الجينية الوراثية Hereditary Genetic Factors:

تفترض نظرية التحديد الجيني أن السبب الرئيسي لحدوث اضطرابات التوحد هو في الأساس خلل الميكانيزمات الجينية، وتشير هذه النظرية إلى أن النقل الوراثي في هذه الأمراض أو الاضطرابات الخاصة بالنمو هو طريق معقد، حيث أنها تحتوي على احتمالية وجود عدد كبير من الجينات قد يتدخل في حدوث الاضطراب، فاضطراب النمو مرض متنوع مع وجود ميكانيزمات وراثية متعددة، وقد أشار كاراتالا Caratala أن تبادل وضع الكروموسوم رقم ٢٠ مع الكروموسوم رقم ٢٢ بالإضافة إلى عدد من التغيرات الجينية المصاحبة قد يكون سبباً في حدوث هذا الاختلال لدى الطفل التوحدي (Caratala,F.,1998).

ثالثاً: العوامل العضوية والحيوية Biological and Physiological Factors:

توجد العديد من العوامل العضوية والحيوية التي يحتمل أن تكون سبباً في حدوث التوحد مثل إصابة الأم بالحصبة الألمانية، والإصابة بفيروس سيتومجالو Cytomegalo Virus، وهذه من العوامل التي قد تسبب خطر قبل الولادة، أما العوامل التي تمثل خطر بعد الولادة فتشمل الإصابة بالالتهاب المخي بسبب فيروس هربس سميكلس، والتهاب الغدة النكفية، كما أكدت نتائج العديد من الدراسات أن الأطفال ذوي طيف التوحد أكثر عرضة لمضاعفات ما قبل الولادة مقارنة بالأطفال الأسوياء أو حتى المصابين باضطرابات أخرى ومن هذه الدراسات دراسة محمد الدفراوي (١٩٩٨) والتي أسفرت نتائجها عن وجود وتعرض الأطفال التوحديين إلى المشكلات التي تحدث أثناء الولادة بصورة كبيرة.، ويعتقد أن العوامل التي تسبب تلفاً في الدماغ قبل الولادة، أو أثناءها، أو بعدها قد تكون سببا لحدوث اضطراب التوحد، مثل إصابة الأم بالحصبة الألمانية، أو اختناق الجنين أثناء الولادة والتهاب الدماغ، وتشنجات الرضيع، كما أن ظهور المرض في سن مبكرة وانتشاره لدى الذكور بصورة أكبر من الإناث، ووجود مضاعفات الحمل والولادة في تاريخ هؤلاء الأطفال يرجح دور العامل العضوي في حدوث اضطراب التوحد (إسماعيل بدر، ٢٠١١: ٩٧).

رابعاً: النظرية العصبية The Nervous Theory :

يذهب أصحاب هذه النظرية إلى أن التوحد يرجع إلى خلل في الجهاز العصبي المركزي، وقد أظهرت نتائج بعض الدراسات وجود خلل دماغي لدى الأطفال ذوي طيف التوحد عند إجراء التخطيط الدماغي (EEG) لهم. وقد تناول الباحثون عدداً من الفرضيات التي بحثت الشذوذ العصبي؛ ففرضية ريملاند Rimland تقول أن التكوين المعقد في جذع الدماغ للطفل التوحدي ربما يفشل في التزويد بدرجة إثارة مناسبة. وقد افترض كل من ديمير وبارتون وديمير Demyer, Barton and Demyer أن مواقع التلف في القشرة الدماغية قد تكون هي المسئولة عن الاختلال الوظيفي اللفظي والإدراكي. (قحطان الظاهر، ٢٠٠٥، ٣٣٠).

خامساً: النظرية البيوكيميائية The Biochemical Theory:

تفترض النظرية البيوكيميائية أن حالات التوحد تحدث نتيجة وجود اضطراب في المواد الناقلة للنبضات العصبية مثل السيروتونين، أو وجود عيوب تصويرية تشريحية في الجزء

المعروف بالثيوسيريبتلام قد تكون نتيجة الالتهابات الميكروبية في الجهاز العصبي أو اختلاف في كيمياء المخ، و قد أشار كوك ادون عام ١٩٩٦ إلى دور المواد الكيميائية العصبية في السيطرة على تطور المخ وباثولوجيا المرض (Cook, E., H., 1996, p. 22).

سادساً: النظريات المعرفية The Cognitive Theories:

لا ينكر أحد أن الأطفال ذوي طيف التوحد لديهم مشكلات معرفية شديدة، تؤثر على قدرتهم على التقليد، والفهم، والمرونة، والإبداع لتشكيل وتطبيق القواعد والمبادئ واستخدام المعلومات. وبعبارة أخرى، فإن النظريات المعرفية تفترض أن المشكلات المعرفية هي مشكلات أولية وينتج عنها مشكلات اجتماعية (إبراهيم الزريقات،٢٠٠٤: ١١٦). ومن خلال هذه النظريات المعرفية، يحاول العلماء تسليط الضوء على المشكلات المعرفية لدى الأطفال التوحديين. وهناك عدة فرضيات معرفية، منها أن هناك من يرى أن الأطفال ذوي طيف التوحد هم انتقائيون في انتباههم لأسباب تعزى إلى عيب إدراكي، فهم يستطيعون الاستجابة لمثير واحد فقط في وقت واحد بصرياً أو سمعياً أو غير ذلك. ولعل الأدلة المخبرية التي جاءت من اختبار الصور المخفية تدعم هذا التفسير. (فهد المغلوث،٢٠٠٦، ٥٨-٥٩).

سابعاً: نظرية العقل Theory of Mind:

تختلف هذه النظرية عن سابقاتها في أنها لا تتبنى الجانب الفسيولوجي، وتفسر حدوث اضطراب التوحد بأسباب نفسية معرفية تتعلق بعدم اكتمال نمو الأفكار بشكل يواكب النمو الطبيعي لمختلف النظم المعرفية التي تنمو بشكل طبيعي جنباً إلى جنب مع هذه الأفكار. وترى هذه النظرية أن عدم نمو الأفكار بشكل طبيعي وغيابها يؤدي إلى حصول مشكلات للطفل يعجز من خلالها عن مواجهة متطلبات الحياة اليومية والمواقف الاجتماعية وتجعله عاجزاً عن التواصل وقراءة تعبيرات الآخرين ومشاعرهم (يوسف القريوتي وآخرون،٢٠١٢: ٣٨٩). ومفاد نظرية العقل قصور في الجوانب الاجتماعية، والتواصلية، والتخيلية التي توجد لدى الأفراد التوحديون ترجع إلى شذوذ في الدماغ الذي يمنع الفرد من تكوين نظرية العقل، وترى هذه النظرية أن الفرد التوحدي غير قادر على التنبؤ بسلوك الآخرين من خلال حالتهم العقلية(Hppe & Frith,1995,Frith,2003,p.65) .

ثامناً: نظرية الوظائف التنفيذية (الأداء التنفيذي) Executive Functioning Theory :

تعود نشأة هذه النظرية إلى أزونوف (١٩٩٥)، وترى أن القصور الجوهري الذي يوجد لدى الأطفال ذوي طيف التوحد يرجع إلى الأداء التنفيذي وهو القدرة على تحرير العقل من الحالة الفورية والسياق الآني لتوجيه السلوكيات من خلال نماذج عقلية وتمثيلات داخلية، ويشمل التخطيط، والتنظيم، وتوجيه القدم نحو هدف ما، وإتباع منهج مرن في حل المشكلات. وقد أجرت أوزنوف دراسة أشارت نتائجها إلى أوجه القصور في الوظائف التنفيذية لدى التوحديين حيث وجدت أن الخواص السلوكية للتوحديين في هذا المجال تشبه إلى حد كبير الخواص السلوكية للأفراد الذين يعانون من تلف في الفص الصدغي من الدماغ وهم في مرحلة البلوغ. ونتيجة لذلك قد يواجه العديد من التوحديين صعوبة في الوظائف التنفيذية تتمثل في خمس مهارات أساسية هي التنظيم، والتخطيط، والمعالجة، والمشاركة، وصنع القرار، مما يؤدي ذلك أحياناً إلى ترتيب استحواذي، طقوس سلوك تكراري، أو نقص في القدرة التنظيمية خارج قناة الانتباه (Bogdashina ,2006,p. 50-51).

تشخيص التوحد:

يؤكد عبد الرحمن سليمان (٢٠٠١، ٣٦)، وجمال الخطيب وآخرون (٢٠٠٧ ، ٣٢٧) ، فضيلة الراوي، وآمال حماد (١٩٩٩، ٤١) أن تشخيص التوحد من أكبر المشكلات التي تواجه الباحثين والعاملين في مجال مشكلات الطفولة. ويرجع ذلك إلى أن الأفراد التوحديين ليسوا متجانسين في قدراتهم وخصائصهم؛ بالإضافة إلى أن التوحد يؤثر على الفرد في جوانبه الاجتماعية والتواصلية والذاتية، مما يجعل التفاعل مع الطفل التوحدي أكثر صعوبة، كذلك فإن صفات الاضطراب غالباً ما تتشابه وتتداخل مع اضطرابات أخرى كالاضطرابات النمائية مثل الفصام واضطراب ريت، واضطراب اسبرجر، وغيرها من الاضطرابات، ولذلك يتعين الحصول على معلومات دقيقة حتى يتم تشخيص الأعراض بدقة وبالتالي تمييز الأشخاص التوحديين عن غيرهم من الأفراد المصابين باضطرابات أخرى مشابهه.

التشخيص الفارق : Differential Diagnosis

يواجه الباحثون عدة صعوبات في تشخيص حالات التوحد، وهذا بسبب تداخل وتشابك أعراضه مع العديد من الاضطرابات مع الأخرى، ولذلك تعتبر عملية التشخيص الفارق بين اضطراب التوحد وغيره من الاضطرابات المتشابهة من العمليات المهمة والضرورية، وذلك بهدف وضع حد للتشابك والتشابه في الأعراض، حيث أن بعض الأطفال حتى العاديين منهم قد نجد لديهم بعضاً من السمات التوحدية بينما هم ليسوا توحديين، وقد أشارت الدراسات إلى أن اضطراب التوحد يأخذ صوراً متعددة بتعدد أسباب هذا الاضطراب (إبراهيم العثمان وآخرون،٢٠١٢: ١٥٠).

التدخل العلاجي والتربوي لاضطراب التوحد:

فيما يلي عرض موجز لأهم الطرق وأكثرها انتشاراً وفاعلية:

١) البرامج العلاجية التي تعتمد على النظريات الفسيولوجية:

وتهدف هذه البرامج إلى استخدام عدد من إجراءات الجلسة الطبية العلاجية للحد من السلوكيات التوحدية التي يظهرها الأطفال التوحديون وذلك من خلال ما يلي:

أ-العلاج باستخدام الأدوية والعقاقير الطبية:

ويهدف هذا النوع من العلاج إلى خفض درجة المظاهر السلوكية السلبية الموجودة لدى الأفراد التوحديين وذلك بناء على افتراض مؤداه أن مثل هذه السلوكيات تنتج بصورة أساسية عن خلل بيوكيميائي في الدماغ. ومما هو جدير بالذكر أن الأدوية والعقاقير الطبية المستخدمة مع الأفراد التوحديين هي نفسها التي تستخدم مع الاضطرابات الأخرى التي يفترض أن أسبابها عضوية مثل الأدوية التي تستخدم مع حالات الفصام، والاكتئاب، والقلق، التشنج. (Shaw,W,2001,p.65)

ب-العلاج باستخدام جرعات هرمون السكرتين Secretin:

السكرتين هرمون يوجد بشكل طبيعي في الجسم، ويوجد في البنكرياس والمعدة والأمعاء، وله وظائف عديدة تتمثل في تنظيم وظائف المعدة والأمعاء وتحفيزها على إنتاج الببسين، والمساعدة على إنتاج مادة السيروتونين، وأيضاً تحفيز البنكرياس على إفراز البيكربونات والإنزيمات الهاضمة، وتحفيز الكبد على إفراز العصارة الصفراوية، ويقوم هرمون السكرتين بدور حيوي وجوهري في هضم وامتصاص الطعام والمواد التي تدخل إلى الجسم، وهذه المواد

قد تكون غذائية، أو حسية، أو معرفية لدى بعض الأفراد، ويؤدى هرمون السكرتين إلى التحسن الملحوظ في التواصل البصري والكلام والمهارات التواصلية الاجتماعية (عمر بن الخطاب ٢٠٠١؛ يوسف القريوتي وآخرون ٢٠١٢، ٤٠٩).

ج-العلاج باستخدام الفيتامينات:

بسبب الافتراض بأن أمعاء الأطفال ذوي طيف التوحد لها خاصية منفذة، أي مرشحة، فإن استفادتهم من الفيتامينات العادية قليلة، من هنا فإن تزويدهم بالفيتامينات المتعددة من شأنه أن يعوضهم عن فقدان الفيتامينات العادية الموجودة في الأطعمة، وحيث تبين أن أجسام أطفال التوحد تحتاج إلى جرعات غذائية لا تتوفر في الأغذية العادية، ومن أمثلة الفيتامينات والمعادن التي تستخدم مع حالات التوحد فيتامين B (جرعات تتراوح بين ٣٠-٣٠٠ مليجرام)، وجرعات إضافية من الماغنسيوم (جرعات يومية مابين ٣٥٠-٥٠٠)، والزنك، والكالسيوم. (إسماعيل بدر ٢٠١١، ١٠٦-١٠٧، جمال الخطيب وآخرون،٢٠٠٧، ٣٤٠).

د- العلاج باستخدام الحمية الغذائية:

وحيث تبين أن اضطراب التوحد يحدث نتيجة تأثير الببتيد Peptide ، (وهي مادة تنشأ من البروتينات نتيجة الهضم، وتحدث نتيجة التحليل غير المكتمل أثناء عملية أيضية لبعض أصناف الطعام وخاصة الجلوتينGluten "بروتين من القمح ومشتقاته" والكازيينCasien" بروتين من الحليب ومشتقاته")، حيث يؤدي إلى تأثير تخديري يشبه تأثير الأفيون والمورفين مما قد يؤثر على التوصيل العصبي. ووجود هذا التأثير التخديري بدرجة كبيرة في الجهاز العصبي المركزي ويحدث اضطراب في أنظمته، وينتج عن ذلك اضطراب في الجوانب المعرفية، والانفعالية، ونظام المناعة والقناة الهضمية، وفي هذه الحالة يتم اللجوء إلى تزويد الطفل التوحدي بمادة السيرنيد serenaidوهو أنزيم يساعد الجسم على هضم الببتيدات، أو من خلال تزويد الطفل التوحدي بطعام خالٍ من بروتين الجلوتين والكازيين وهذا الإجراء الأخير يحتاج إلى دقة وتعاون جميع الأطراف المتعاملين مع الطفل التوحدي (إسماعيل بدر، ٢٠١١، ١٠٥؛ Siegel, 2003,p. 123).

هـ -العلاج باستخدام التكامل السمعي:Auditory Integration

تهدف هذه الطريقة إلى إعادة تدريب الأذن لتخفيف فرط الحساسية نحو الأصوات، ويتضمن العلاج بهذه الطريقة تحديد العتبة السمعية للطفل التوحدي. وفي حالة ظهور ما يسمى بالحساسية السمعية لديه، يتم علاجه من خلال برنامج تدريبي يعتمد على الاستماع للموسيقى بعد استبعاد الأصوات الموسيقية المسببة للحساسية السمعية باستخدام الحاسوب. ويتم وضع سماعة موصلة بجهاز يتحكم في شدة ودرجة وطبقة الصوت بشكل رقمي على أذن الطفل اليسرى مما يساعد على تحفيز مناطق اللغة في نصف الدماغ الأيسر ويزيد انتباهه (إسماعيل بدر،٢٠١١: ١٠٤؛ يوسف القريوتي وآخرون،٢٠١٢: ٤١١؛Bogdashina, 2006: 58).

و-العلاج باستخدام التكامل الحسي Sensory Integration:

وتفترض هذه الطريقة في العلاج أن التوحديين لديهم مشكلات في التكامل الحسي نتيجة عدم قدرة الدماغ على دمج المثيرات البيئية من الحواس، والبرنامج التدريبي المعتمد على هذه الطريقة يتضمن تدريب اللمس ، وتدريب الحس الدهليزي، وتدريب الحس المرتبط بموقع الجسم، والتآزر الحركي للعضلات الدقيقة وغيرها من التدريبات التي تزيد من كفاءة التكامل الحسي(جمال الخطيب وآخرون،٢٠٠٧: ٣٤١؛ رائد العبادي،٢٠٠٦: ٨١).

٢) البرامج العلاجية التي تعتمد على المهارات.

يقوم هذه البرامج على فكرة مؤداها أن التوحديين يظهرون مشكلات في عدد من المهارات التي تحد من تفاعلهم مع الآخرين، من هنا فإن تدريبهم على تلك المهارات من شأنه أن يحسن من سلوكياتهم الاجتماعية والتواصلية، ويقلل من سلوكياتهم التوحدية المضطربة ومن أهم تلك البرامج ما يلي:

أ-نظام استخدام الصور لتحقيق التواصل Picture Exchange Communication System(PECS)

ويسعى لتعليم الأطفال ذوي طيف التوحد التواصل الفعال عن طريق وسائل بديلة مثل الإيماءات والرموز المختصرة، والصور. وقد نشأت فكرة هذا النظام في مركز ديلاوير Delaware للتوحد، ويمر نظام استخدام الصور بست مراحل للتدريب على التواصل غير اللفظي لأطفال ما قبل المدرسة؛ ولكنه يستخدم حاليا مع الأطفال الأكبر سناً، ويعتمد على

استخدام صورة لشيء ما يرغب الطفل التوحدي في الحصول عليه من فرد آخر (الأب ، الأم ، المعلم) و ينبغي على ذلك الفرد الآخر أن يتجاوب مع الطفل ويساعده على تنفيذ رغباته. هذا ويبني نظام استخدام الصور على مبادئ المدرسة السلوكية بما في ذلك التشكيل، والتعزيز ، والتلقين، والتسلسل العكسي، والانطفاء .

ب- التواصل الميسر (FC)Facilitated Communication:

التواصل الميسر هو نظام تواصل نشأ في أستراليا بواسطة روز ميري كروسلي Rosemary Crossley، وهي معلمة عملت مع الأطفال الذين يعانون من الشلل الدماغي. وتعتقد كروسلي أن الأطفال المصابين بالشلل الدماغي لديهم قدرات كبيرة بيد أن ما يعانون من إعاقات فسيولوجية تمنعهم من استخدام أساليب التواصل الصوتي أو اليدوي. أما إذا استطعنا التغلب على تلك الإعاقة بواسطة " التواصل الميسر" فإن هؤلاء الأطفال سيظهرون قدراتهم الحقيقية. (Lockshin,et.al,2005,p. 125).

ج-جداول النشاط المصورة (PAS) Picture activities System:

وتهدف جداول النشاط المصورة إلى تنمية المهارات اللغوية لحالات التوحد وخاصة اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية، وتكون هذه الجداول في صورة كتيب صغير يتضمن خمس أو ست صفحات تحتوي كل منها على صورة تعكس نشاطاً معيناً يتم تدريب الطفل على أدائه. ويمر كل نشاط يتم التدريب عليه بخمس مراحل، تشمل المرحلة الأولى إمساك الطفل بالجدول وفتحه، ثم قلب الصفحة والوصول إلى الصورة المستهدفة والإشارة إليها، وفي المرحلة الثانية يجب على الطفل أن يضع إصبعه على تلك الصورة ويسمي ما بها من أدوات إذا كان يعرفها أو ينتظر الوالد، أو الباحث، أو المعلم، ليسمي له كلاً منها ثم يقوم هو بترديد تلك الكلمات وراءه. وتتمثل المرحلة الثالثة في إحضار الأدوات اللازمة لأداء النشاط التي تعكسه الصورة، ثم أداء هذا النشاط والانتهاء منه والذي يمثل المرحلة الرابعة. أما خامس تلك المرحل وآخرها فتتمثل في إعادة تلك الأدوات إلى مكانها الأصلي التي أخذت منه. (عادل عبد الله، ٢٠٠٢: ٥٨).

د-القصص الاجتماعية Social Stories:

القصص الاجتماعية هي قصص قصيرة يتم كتابتها إلى طفل محدد، بحيث تصف كل من الحالة الاجتماعية، الأشخاص، المهارة، الحدث، المفهوم ذات الصلة بالاستجابات

الاجتماعيـة المناسـبة، وتهـدف القصـص الاجتماعيـة إلـى تزويـد الأفـراد التوحـديين بالسـلوك الاجتماعي، وهي تتضمن عبارات وصفية وإرشادية وتوجيهية بحيث تزود الأفراد التوحديين بمعلومات مهمة عن الأفراد، والأوضاع، ووصف السلوك المناسب بالإضافة إلى وصف المشاعر. (Vanlue &Waldron ,2004;Scatton,2006,)

٣) البرامج العلاجية التي تعتمد على النظريات النفسية:

ويستخدم التحليل النفسي مع الأطفال التوحديين، بهدف التركيز على العمليات البين نفسية مثل التطور الطبيعي للانفصال عن الوالدين ونمو الأنا، ويعد المدخل النفسي من العلاجات التقليدية المستخدمة مع التوحد، ويرجع الفضل إلى "برونو بيتلهم" فهو أول من اقترح استخدام أسلوب التدخل البيئي إلى جانب أساليب التحليل النفسي الذي يركز على توفير بيئة بعيدة عن الوالدين. (رشاد موسى، ٢٠٠٢: ٤١٠).

٤) البرامج التربوية للأطفال التوحديين:

يقوم البرامج التربوية للأطفال التوحديين في الأساس على استخدام إجراءات تعديل السلوك التي يقوم على أسس موضوعية وليس على انطباعات ذاتية، وتعديل السلوك لا يضع اللوم على الوالدين بل على العكس من ذلك فإنه يشرك الوالدين في عملية العلاج. وتعتمد إجراءات الجلسة على مبادئ وقوانين التعلم التي يمكن أن يتقنها المعلمون بسهولة مقارنة بالأساليب الأخرى. (جمال الخطيب وآخرون، ٢٠٠٧ :٣٤٢)

المحور الثاني التواصل:Communication

إن صعوبات التواصل لها وجودها بشكل عام لدى الأطفال ذوي طيف التوحد ، كما أن المشكلات في التواصل تعد علامة مبكرة على وجود صعوبة لدى هؤلاء الأطفال ، وأن هذه الصعوبة مستمرة، وفيما يلي تعريف التواصل لدي الأطفال ذوي طيف التوحد على النحو التالي:

تعريف التواصل:

عرفت موسوعة التربية الخاصة (١٩٨٧، ١٩٥) التواصل بأنه نوع من التفاعل المتبادل حيث يكون سلوك فرد ما بمثابة مثير لسلوك فرد آخر، ففي مثل هذا النظام نجد أن الرموز تشير إلي محتويات التفكير.

كما أشار فاخر عاقل (١٩٨٨، ٢٦) إلى التواصل على أساس أنه سلوكا مثيرا فيقول أن

التواصل يحدث حين يكون سلوك عضو ما بمثابة مثير لسلوك عضو آخر.

كما عرف معجم علم النفس والطب النفسي (١٩٨٩، ٦٧٠-٦٧٢) أنه لكي يتم التواصل لابد أن يكون هناك مرسل ومستقبل وان يشتركا في خبرة واحدة بحيث أن المعنى أو المعلومات التي تحتويها الرسالة تفسر دون خطأ. كما يطلق على الرسالة أو البيانات والمعلومات المنقولة فعلا.

يشير جاك وآخرون (Jack Scott , et, al., 2000,p. 11) إلي التواصل بأنه عملية المشاركة في المعلومات والأفكار من شخص إلي آخر كما في الكلام واللغة ما هما إلا أجزاء من عملية التواصل فالكلام يشير إلي الأساليب اللفظية، ويتكون من تراكيب صوتية وطبيعية للصوت، وتشير اللغة إلي الشفرة الاجتماعية لبعض المفاهيم بالإضافة إلي سلسلة كاملة من رموز التواصل غير اللفظي تشمل لغة الجسد والإيماءات والحملقة بالعين واللمس ، وكل من الرموز بمثابة أجزاء من عملية التواصل.

القصور في التواصل لدى الطفل:

أن المراحل الأولى في نمو التواصل لدى الأطفال التوحديين فيه قصور صعب فهمه Profound deficits خاصة في تكوين الانتباه المشترك والمبادأة Joint attention & intiating، وعند تطوير اللغة وجد عدم تزامن asynchrony بين الشكل والوظيفة والتي توجد بشكل قصور لدى الأطفال التوحديين حتى الأطفال الذين لديهم مستوى لغوي مرتفع.

كما أن المعروف في كل وظائف التواصل الذي فيه صعوبة لدى الأطفال التوحديين هو الإخفاق أو الفشل في فهم أن هذه اللغة تستخدم للتأثير والتأثر بالآخرين، وهذا الإخفاق ربما يعكس قصور الفهم المعرفي ، وذلك نتيجة القصور في نظرية العقل ، كما أن من أكثر المناطق صعوبة في اضطراب التوحد يتمثل في الانتباه المشترك الذي يؤدي إلي علاقة مشتركة ، وهذا وهذه العلاقة المشتركة لها القدرة على متابعة نظر الآخرين أو الاتجاه الذي يشار إليه من خلال الأصابع والتعرف على الشيء المشار إليه من خلال الانتباه المشترك ، ومن خلال النظر لهذا . ويكون انتباه لشخص الأخر موجه له، لشيء أو الإشارة إليه وهذه الطرق تمثل أشكال أساسية لعملية التواصل،(Baron Cohen, 1995 pp.421-422)

ظهور مهارة الانتباه المشترك:

من المعروف أن الأطفال الرضع في الشهر السادس تقريبا من المر يتفاعلون ثنائيا مع

الأشياء ويمسكونها ويلعبوا بها بأيديهم، كما يتفاعلون مع الآخرين من حولهم معبرين عن انفعالات متبادلة ذهاباً وإيابا في تتابع دوري، وغالبا ما يفضلوا وجود الأشخاص حولهم في أثناء لعبهم بالإضافة إلي الأشياء التي بين أيديهم . وفي المرحلة من الشهر التاسع إلي الشهر الثاني عشر من العمر تبدأ في الظهور طائفة جديدة من السلوكيات ليست ثنائية وأنما تكون ثلاثية بمعنى أنهم يضيفوا نوعا من التآزر بين تفاعلاتهم مع الآباء والأشخاص مما يؤدي إلي نشوء مثلث مرجعي من الطفل والكبير والشيء، أو الحدث موضوع الانتباه المشترك. ويبدأ الأطفال بشكل شبه نمطي في هذه السن ولأول مرة من النظر يمرون وعن ثقة إلي حيث ينظر إلي الكبار (متابعة التحديق) بهدف الانخراط معهم لفترات شبه متصلة من التفاعلات الاجتماعية التي يتوسطها شيء ما، والتأثير في أشياء بالطريقة التي يفعلها الكبار. (ميشيل توماسيللو ، ٢٠٠٦: ٨٢-٨٣)

طبيعة التواصل لدى الطفل التوحدي:

يظهر الأطفال التوحدين صعوبات في كل من التواصل الاستقبالي والتعبيري، ويمثل هذا القصور الكيفي في كل من التواصل اللفظي وغير اللفظي جوهر القصور في اضطراب التوحد.

ويظهر هذا القصور في عديد من الطرق ابتداء من طفل ليس لديه تواصل على الإطلاق إلي آخر لدية ألفاظ كثيرة، لكنه غير قادر على استخدامها، أو تغير لغة الجسد، أو الإدراك التام للمظاهر الفعالة الأخرى للتواصل بالآخرين. كما يمتد هذا القصور ليشمل مهارات التواصل غير اللفظي والذي يتضمن الانتباه المشترك والتواصل البصري، والوضع الجسدي والإيماءات. فالعديد من الأطفال التوحديين ليس لديهم توقع بأن شخصا ما سوف يحملهم فالبعض منهم يتطلب Stiffen، أو ينظر بعيداً عن الشخص عندما يقوم هذا الشخص بإقامة علاقة اجتماعية معه، وعلى العكس منهم الأفراد الذين لديهم قصور في اللغة فهؤلاء الأشخاص لديهم سلوكيات تعويضيه مثل الإيماء، أو استخدام الانتباه المشترك ليتواصلوا بها، وبعض الأطفال التوحديين الذين لديهم قصور في اللغة في أنتاج حجم ودرجة الصوت، والإيقاع و نغمة الصوت. (ميشيل توماسيللو، ٢٠٠٦: ٨٣-٨٧)

العلاقة بين قصور التواصل والمشكلة السلوكية.

إن العلاقة بين المشكلة السلوكية وقصور التواصل علاقة تبادلية معروفة إلى حد بعيد

ودليل واضح حيث يظهر العديد من الأطفال ذوي طيف التوحد الذين لا يستطيعون أداء ما يريدونه من مطالب ورغبات بالطرق المعتادة، لذلك يلجؤون إلى سلوكيات شاذة تؤثر في سلوك الآخرين في البيئة المحيطة بهم .لذلك فإن تطور نظام التواصل يقلل من اللجوء لمثل هذه المشكلات السلوكية مثل نوبات الغضب – الارتطام بالأرض – إيذاء الذات والعدوان (Jack scott , et , al., 2000,p. 209)

طرق التواصل عند الطفل التوحدى :

يذكر أوليفر Oliver (١٩٩٥) أنه إذا استطاع التوحديون تعلم أساليب بديلة لتوصيل نفس الرسالة سواء بالألفاظ أو الإيماءات، أو الرموز والإشارات، أو اللمس أو حتى الضغط على مفتاح كهربائي صغير يكون التواصل مناسباً وقابلاً للزيادة في حيت تنخفض المشكلات السلوكية، كما يشير كار ولآخرون(Carr,et , al,1991)

إلي أن تعليم التوحديين التعبير عن حاجاتهم يكون عن طريق كلمات أو عبارات أو إشارات أو صور بسيطة تعبر عن طلب المساعدة، أو أعطائهم الفرصة للحصول على الاهتمام بالأشياء المرغوبة، أو حتى الهروب من المواقف غير المرغوبة بأساليب شبيه بذلك له آثار سريعة وفعالة في تعديل سلوك التواصل مع المحيطين بمن حولهم. وأيضا يمكن الاستعانة ببعض الوسائل التي تمكن الأفراد التوحديين من التفاعل مع الأخرين بصورة أفضل (باتريشيا هولين ، ١٩٩٨: ٥٤-٥٣)

دراسات سابقة:

وتم تقسيم الدراسات السابقة إلي محورين وهي كالتالي:

المحور الأول: دراسات تناولت العلاج السلوكي لدى الأطفال ذوي التوحد :

دراسة بيفينجتون وآخرون Buffington. et .al(٢٠٠٥) هدفت الدراسة إلي معرفة مدى اكتساب عينة الدراسة لمهارات التواصل من خلال برنامج سلوكي يعتمد على بعض الإيماءات والإشارات، إضافة إلى التواصل الشفوي، وتكونت عينة الدراسة من(٤) أطفال توحدين تتراوح أعمارهم من(٤-٦)سنوات، أوضحت النتائج أن المفحوصين الأربعة قد اكتسبوا هذه المهارات من خلال الفنيات الآتية (النمذجة –التعزيز–التلقين)٠أصبح ثلاثة أطفال منهم أكثر تعبيرا لإيماءات (الضحك– الفرح–الحزن–الخوف –الغضب) من قبل تطبيق البرنامج، وكذلك المتغيرات الأخرى للبرنامج٠

ساندي شاو :Shaw Sandy(٢٠٠٦) هدفت إلى تقييم طريقتين للعلاج السلوكي في تحسين مهارات اتخاذ المنظور الانفعالي لطفل التوحدي في عمر مبكر من(٤-٦) سنوات. وتكونت عينة الدراسة من(٤) أطفال كمجموعة أولي تلقت التدريب على (المحاولة الخفية) و(٤) أطفال كمجموعة ثانية تلقت التدريب على (الاستجابة المحورية) وتم و أكدت النتائج أن الأطفال ذوي طيف التوحديمكنهم تعلم مهارات اتخاذ المنظور الانفعالي بكلتا الطريقتين. وكان للتدريب على المحاولة الخفية تأثير أكبر على اكتساب المهارة، أما التدريب على الاستجابة المحورية فقد كان له تأثير على تعميم المهارة والحفاظ عليها ٠

دراسة جرجوي ، بيش (Bunch, Gregory,2007) هدفت الدراسة إلي بحث فعالية المراحل الأولي من برنامج تدخل مبكر مكثف للآباء والمشرفين والمعلمين على الأطفال التوحديين والأطفال المصابين بالاضطرابات النمائي، وتكونت عينة الدراسة من عدد(٣) أطفال توحدين و(٣) أطفال مصابين بالاضطرابات الإنمائية، توصلت نتائج الدراسة أن الآباء والمشرفين والمعلمين يمكن أن يكون لهم مصدراً فعال لتقديم العلاج السلوكي المبكر للأطفال التوحديين، والأطفال المصابين بالاضطرابات النمائية، حيث تم تعليم الأطفال ذوي طيف التوحدبعض التعبيرات الانفعالية مثل(الابتسامة ،الضحك، البكاء)من خلال البرنامج السلوكي٠

دراسة فايزة إبراهيم عبد اللاة أحمد (٢٠٠٩) هدفت الدراسة إلي الكشف عن مدي فعالية برنامج علاجي سلوكي في تنمية بعض التعبيرات الانفعالية لدى عينة من الأطفال التوحديين، تكونت عينة الدراسة من(١٠) أطفال من الأطفال توحديين، وقد أسفرت نتائج الدراسة إلي أن البرنامج أظهر فعالية في تنمية التعبيرات الانفعالية التي تضمنها البرنامج(سعيد-حزين)، وكذلك تنمية بعض مهارات رعاية الذات، ومهارات التفاعل الاجتماعي والانفعالي والحركي٠

المحور الثاني دراسات تناول ترديد الكلام (المصاداة) للأطفال ذوي طيف التوحد.

كما قام بدارسة (Carr, D. & Felce J. 2007 - b) هدفت الدراسة إلي تدريب الأطفال التوحديين على زيادة الكلام من خلال برنامج التواصل بإستبدال الصور على المراحل الثلاثة الأولى، تكونت عينة الدارسة من (١٠)أطفال وتم تقسيمهم إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة) وتتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (٧ - ٣) سنوات، توصلت نتائج

الدراسة إلي أن ثلاثة من أطفال المجموعة التجريبية استطاعوا التواصل بإستخدام الكلام فى حين طفل واحد فقط من المجموعة الضابطة استطاع التواصل بالكلام.

دراسة كولون واخرين (2012) Colon,et al هدفت الدراسة إلي تقييم أثار الاتصال لدى عينة من الأطفال ذوي طيف التوحد الذين يعانون من ترديد الكلام (المصاداة) ورتابة في الكلام. وتكونت عينة الدراسة من ثلاثة مشار(٣) من الأطفال ذوي طيف التوحد، أشارت نتائج الدراسة إلي أن جميع الأطفال المشاركين بعد تطبيق برنامج لتطوير مهارات التواصل قد قلت لديهم مستويات الرتابة وترديد الكلام (المصاداة)، وزادت حصيلتهم اللغوية.

دراسة احمد الدوايدة (٢٠١٤)هدفت الدراسة إلي بحث فاعلية أسلوب الأسئلة والتوقف وقفة نقطة cuse-point-method-pause للتغلب على لفظ الاكولاليا في العربية، وتكونت عينة الدراسة من (٢٠) طفلاً يعانون من التوحد وزعت عشوائيا إلي مجموعتين متساويتين، تتألف كل مجموعة من (١٠) مشاركين، أسفرت نتائج الدراسة أن أسلوب الكلمات المفتاحية ونقاط التوقف يمكن أن تكون فعالة في التدريس للأطفال الذين يعانون من الإجابات الصحيحة. كما أشارت النتائج إلي اختلافات كبيرة في التغلب على لفظ صدوي بين المجموعة التجريبية والسيطرة على الاختبار البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

تعليق على الدراسات السابقة:

توصلت معظم تلك الدراسات الي العلاقة بين تطور مهارات التواصل غير اللفظي وتحسن السلوك الاجتماعي لدى الأطفال ذوي طيف التوحد، كما توصلت إلي وجود علاقة بين انخفاض بعض مهارات التواصل غير اللفظي وبعض المهارات والقدرات الأحرى والي فاعلية طريقة مثل: -cuse-point –method pause الإيماءات – التأثير – للتغلب على لفظ الاكولاليا في العربية. وبذلك اتفقت الدراسة الحالية مع معظم هذه الدراسات في التأكيد على أهمية العلاج السلوكي، وأن تكون البرامج المقدمة للأطفال التوحديين برامج فردية في سن مبكر لأن كل طفل توحدي هو حالة فردية خاصة عن غيرة من الأطفال التوحديين.

إجراءات إعداد البرنامج:

يتحدد مفهوم البرنامج الإرشادي السلوكي بأنه عملية منظمة مخططة تهدف إلى تدريب الأطفال ذوي طيف التوحد عينة الدراسة على استخدام فنيات الإرشاد السلوكي بهدف

مساعدتهم على التوال بشكل جيد من خلال محاولة خفض حدة تكرار ترديد الكلام لديهم من خلال الأساليب والطرق الفنية المستخدمة في البرنامج الإرشادي السلوكي التدريبي.

من خلال الإطار النظري والدراسات السابقة تم التوصل إلى ضرورة إعداد برنامج باستخدام الإرشاد السلوكي للأطفال ذوي طيف التوحد في الدراسة الحالية.

أهداف البرنامج:

يسعى هذا البرنامج إلي خفض حدة ترديد الكلام (المصاداة) وأثره على تحسين التواصل لدى عينة من ذوي طيف الوحد، ويمكن تقسيم أهداف البرنامج إلى أهداف عامة وأهداف إجرائية التي تجتمع مع بعضها لتحقيق الأهداف العامة:

أولاً: الأهداف العامة للبرنامج

- يهدف البرنامج بصورة عامة إلي خفض حدة ترديد الكلام (المصاداة) لتنمية مهارات التواصل لدى الأطفال ذوي طيف التوحد.

ثانياً: الأهداف الإجرائية:

فيما يلي بعض الأهداف الإجرائية التي يسعى البرنامج إلي تحقيقها:

أن يرغب الطفل في التواصل الإيجابي مع الآخرين.

أن يتقبل الطفل اللمس الإيجابي (كالاحتضان) بما يزيد من تواصله مع الآخرين.

أن يتعرف الطفل على المشاعر من خلال الصور.

تعديل السلوكيات الغير مرغوبة المصاحبة لظاهرة تكرار الكلام.

- تنمية الجانب الإدراكي للغة.
- تنمية الجانب التعبيري للغة.
- تعديل بعض مخارج الأصوات الغير صحيحة.
- تطوير مهارات الأسرة في استخدام مهارات وأساليب خفض حدة ترديد الكلام.
- تدريب الطفل التوحدي على الاختيار والتمييز.
- تدريب الطفل التوحدي على الاعتراض بشكل مناسب.
- تدريب الطفل التوحدي على التعليق والملاحظة للأشخاص والأشياء.
- تدريب الطفل التوحدي على مهارة الانتباه المشترك.
- تدريب الطفل التوحدي على مهارة التقليد.

- أأن يجيب الطفل على سؤال ماذا تريد؟ أو أنت عاوز إيه؟
- أن يجب الطفل على سؤال أنت شايف إيه ؟
- أن يميز الطفل بين الإجابة بنعم – لا.
- أن يعبر الطفل عن مشاعر السعادة والحزن.
- أن يصف الطفل الأشياء التي أمامه.
- أن يشير الطفل إلى الشيء الذى يذكر اسمه.
- أن يلتفت الطفل إلى استجابة لنداء الباحث.
- أن يقلد الطفل الباحث أثناء التدريب.
- أن ينتبه الطفل إلى الباحث أثناء تقليده له.

اختيار محتوى البرنامج (مصادر البرنامج):

مصادر البرنامج:

اعتمد الباحثون في إعداد هذا البرنامج على المصادر التالية:

١. تم الاطلاع على البحوث والدراسات السابقة التي تناولت تصميم برامج إرشادية لذوي طيف التوحد.

٢. الاطلاع على الدراسات التي قدمت خطط أو تنظيمات لكيفية تدريب ذوي طيف التوحد وتمثلت اهم الدراسات التي كانت مجالا لاختيار محتوى البرنامج دراسة كل من:Frost (1994)؛ اسماعيل بدر(١٩٩٧) ؛ عبد المنان ملا معمور(١٩٩٧)؛ سهام على عبد الغفار (١٩٩٩)؛ Sue Baker (2000)؛عادل عبدالله محمد(٢٠٠١)؛ عمر بن الخطاب (٢٠٠١)؛ هالة فؤاد (٢٠٠١) ؛ سهير محمود آمين(٢٠٠١) ؛ سهى أمين (٢٠٠٤)؛ محمد شوقي عبد المنعم (٢٠٠٥).

٣. الاطلاع على بعض الاستراتيجيات في تدريب وتنمية مهارات التواصل مثل دراسة كل من : (koegel , L 1995) ؛ (Diane klein et al., 2001)؛ (Carr,D & Felce, 2007)؛ (Malandrak, 2007) .

الفنيات المستخدمة في البرنامج:

يمكن تنفيذ هذا البرنامج باستخدام عدة فنيات من أهمها ما يلي:

(١)التعزيز Reinforcement:

يتوقف نجاح أو فشل أي برنامج تدريبي على فاعلية وقوة المعززات المستخدمة. فكلما كان التعزيز قوياً أو مرغوباً لدى الطفل كان مستعداً للقيام بعمل أكبر من أجل الحصول عليه. وكلما كان مجال البرنامج التدريبي أكثر اتساعاً.

ويمكن تعريفه على أنه الإجراء الذي يؤدي فيه حدوث السلوك إلى توابع إيجابية أو إزالة توابع سلبية، والتي يترتب عليه زيادة احتمال حدوث السلوك في المستقبل في المواقف المماثلة (جمال الخطيب، ٢٠١٢، ١٤٥).

وبناء على ذلك فإن هناك نوعين من التعزيز:

التعزيز الإيجابي Positive Reinforcement

هو عملية تتضمن تقديم مكافأة للفرد حين يمارس سلوكاً معيناً مرغوباً. على أن يكون ذلك عقب السلوك مباشرة، بما يؤدي إلى زيادة معدل حدوثه وتكراره في المستقبل، ولكي يطلق على المثير (مثل الابتسام، أو الحلوى، أو المدح، أو النقود، أو الانتباه...) معزز إيجابي فلابد وأن يزيد هذا المثير معدل حدوث السلوك المستهدف أو مدته أو شدته (عبد العزيز الشخص ٢٠٠٦، ١٦)

التعزيز السلبي Negative Reinforcement

هو تقوية الاستجابة من خلال استبعاد حادث منفر (شيء أو حدث يكرهه الفرد) بعد استجابة مرغوبة مما يترتب عليه زيادة احتمالية وقوع هذه الاستجابة. ويستخدم التعزيز السلبي في كثير من الأحيان عندما يصبح التعزيز الإيجابي وحده غير كاف، أو غير مجد مع المعاقين بسبب وصولهم لدرجة الإشباع، أيضاً يستخدم عند وجود حدث مؤلم أو سلوك غير مناسب بشكل مستمر (جمال الخطيب،٢٠١٢، ١٤٨، عبد العزيز الشخص،٢٠٠٦ – أ: ٣٠٧؛ Maurice, et.al 1996,p.233).

ويؤكد العديد من الباحثين على أهمية التعزيز الإيجابي للطفل التوحدي، حتى ولو كان التجاوب من جانب الطفل بسيطاً، فهو أكثر استخداماً من التعزيز السلبي، إذ أن الأخير (لأنه يشتمل على استخدام مثيرات تجنبيه) يؤدي إلى الهرب والتجنب وغير ذلك من السلوكيات غير المناسبة، ويحذرون من إرجاء التعزيز إلى أن ينجح تماماً في تحقيق المهمة المطلوبة، إذ أن هذا الإرجاء قد يؤدي إلى حالة من الشعور بالإخفاق والفشل لدى

الطفل، فيتوقف عن بذل المزيد من المحاولات (جمال الخطيب، ٢٠١٢، ١٤٦؛ عبد الرحمن سليمان،٢٠٠٠، ٩٨).

أنواع المعززات:

تتنوع المعززات التي يفضلها الأطفال ويختلف كل طفل عن الآخر في تفضيله لهذه المعززات، فقد يكون شيئاً أو نشاطاً معززاً لطفل معين ولا يكون كذلك لطفل آخر ويجب أن يكون المعلم ملماً بالمعززات التي يفضلها الطفل ودرجة تفضيله لكل معزز. ويمكننا تصنيف المعززات إلى عدة أنواع رئيسية وهي على النحو التالي:

١. المعززات الغذائية Edible Reinforces: لقد أوضحت العديد من الدراسات في مجال تعديل سلوك الأطفال المعوقين أن المعززات الغذائية ذات أثر بالغ في السلوك إذا ما كان إعطاءها لفرد متوقفاً على تأديته لذلك السلوك. والمعززات الغذائية تشمل كل أنواع الطعام والشراب التي يفضلها الطفل.

٢. المعززات مادية Tangible Reinforces: وهي تشمل الأشياء التي يحبها الفرد كالألعاب والصور والدمى والأقلام. الخ.

٣. المعززات الرمزية Token Reinforcesوهي رموز معينة (كالنقاط أو النجوم أو الكوبونات أو أي أشياء أخرى) يحصل عليها الفرد عند تأدية السلوك المقبول المراد تقويته ويستبدلها فيما بعد بمعززات أخرى.

٤. المعززات النشاطية :Activity Reinforces وهي نشاطات معينة يحبها الفرد يسمح له بالقيام بها، حال تأديته للسلوك المرغوب به، وتنقسم إلى نوعين:

أ-أنشطة محددة: تكون معدة من قبل مثل الرسم، الاستماع للموسيقى.....

ب-أنشطة حرة: أنشطة يختارها الطفل مثل لعب الكره، التمشية،......

٥. معززات اجتماعية Social Reinforces : وهى العلامات الاجتماعية كالابتسامات وعبارات الثناء والمدح والانتباه والإنصات والاستماع وعلامات الصداقة التي تشعر الطفل بالانتماء للمعلم ويستمتع به الطفل وهو أهم المعززات على الإطلاق بل انه المعزز الأكبر في حياة كل فرد وتنقسم المعززات الاجتماعية إلى نوعين:

- لفظية: مثل كلمات المدح والثناء (برافو-شاطر....).
- بدنية: مثل الربت على الكتف والتقبيل والاحتضان. (جمال الخطيب، ٢٠١٢،

١٤٨-١٥٠؛ عبد العزيز الشخص،٢٠٠٦، ١٢-١٥؛ فضيلة الراوي، وآمال حماد،١٩٩٩: ٩٦)

- وسيتم اختيار المعززات المناسبة والفعالة لكل طفل من أطفال عينة الدراسة (٤) من خلال ملاحظة سلوك الطفل في أوضاع متعددة، وتوجيه أسئلة للأسرة عن المعززات التي يفضلها الطفل. وستؤخذ بعين الاعتبار أمور عدة عند تقديم المعزز للطفل.

(٢) النمذجة: Modeling:

عرف عبد العزيز الشخص (٢٠٠٦، ٢٩٦) النمذجة بأنها أسلوب تعليمي يقوم من خلاله المعلم بأداء سلوك مرغوب فيه، ثم يشجع التلميذ على محاولة أداء السلوك نفسه متخذاً من السلوك الذي وضحه المعلم مثالاً يحتذيه.

وتذكر سوزان دود (Dodd,2005,pp.249) أن النمذجة تتضمن تقديم نموذج عن كيفية أداء المهمة بشكل دقيق. حيث يتعلم أكثر الأطفال بتقليد سلوك الآخرين، خصوصاً من الآباء أو الأخوة أو الإقران. كما تزودنا النمذجة بوسائل ملائمة لتعليم المهارات الجديدة، مثل تقديم نموذج للطفل التوحدي من خلال عرض الخطوات المختلفة على دمية لتعليمه كيف يستحم، يلبس، يأكل،...، كما يمكن تعليم المراهقين التوحديين_بعض المهارات الوظيفية كإعداد فنجان من القهوة، أو إعداد ساندوتش من خلال سلسلة من المهام والخطوات بطرق فعالة.

كما يشير عبد الرحمن سليمان (٢٠٠٠، ٩٧، ٩٩) إلى أن الأطفال يتم تدريبهم على محاكاة أو تقليد القائم بعملية التدريب، وذلك من خلال القيام بنفس الأعمال أو أداء الحركات التي يقوم بها وهو يجلس أو يقف أمامهم، كما يتم تدريبهم على إصدار بعض الألفاظ أو الكلمات باستخدام المحاكاة أو التقليد، حيث يتم التعزيز الفوري للسلوكيات الإيجابية لديهم.

(٣) الحث أو التلقين Prompting

التلقين هو إجراء يشتمل على الاستخدام المؤقت لمثيرات تمييزية إضافية بهدف زيادة احتمال تأدية الفرد للسلوك المستهدف، حيث أنه يتضمن حث الفرد على أن يسلك على نحو معين والتلميح له على أنه سيعزز على هذا السلوك (جمال الخطيب، ٢٠١٢: ١٧٢).

ويرى كل من آندي بوندي وآخرون Andy , et.al (٢٠٠٢: ١٣)، وسوزان دود

Dodd (٢٠٠٥: ٢٥٢) أن الحث هو من أقوى الفنيات التعليمية التي تستخدم مع الأطفال التوحديين حيث أنه يساعد على اكتساب المهارة بالنتيجة المطلوبة، فهو تلقين إضافي لمساعدة الطفل للوصول للاستجابة الصحيحة. كما أن أطفال التوحد يحتاجون في البداية لتوجيه جسمي لتكملة المهمة، ثم التقليل من المساعدة تدريجياً مع تشجيع الطفل لتكملة أكبر قدر من النشاط بدون مساعدة. كما يلعب الحث دوراً أساسياً في توضيح الاستجابة المتوقعة من الطفل. والمخاطرة الوحيدة في استخدام الحث هي أن الطفل قد يصبح معتمداً عليه لإعطاء الاستجابة الصحيحة، إلا أنه يمكن تشجيع الطفل على الأداء باستقلالية بعد ذلك عن طريق استخدام فنية الاستبعاد التدريجي.

(٤)التغذية الراجعة Feedback:

تتضمن التغذية الراجعة تقديم معلومات للطفل توضح له الأثر الذي نجم عن سلوكه. وهذه المعلومات توجه السلوك الحالي والمستقبلي. كما أن التغذية الراجعة قد تؤدي إلى واحدة أو أكثر من النتائج التالية:

أ- تعمل بمثابة تعزيز (التغذية الراجعة الإيجابية) أو بمثابة عقاب (التغذية الراجعة السلبية).

ب- تغير التغذية الراجعة من مستوى الدافعية لدى الطفل.

ج. يقدم معلومات للطفل وتوجه أدائه وتعلمه (التغذية الرجعة التصحيحية) .

د. تزود الطفل بخبرات تعليمية جديدة.

هـ. كما أنها تلعب دوراً مهماً في تشكيل السلوك الإنساني، حيث أن استخدامها في المواقف والظروف المناسبة يسهل عملية تعلم الأطفال المعوقين (جمال الخطيب، ٢٠٠١: ٤٥-٤٦).

ومن الملاحظ أن أبسط الصور لهذا الإجراء هي التعليقات التي يتلقاها الطفل على السلوك الذي يصدر عنه، سواء كانت هذه التعليقات عبارة عن مدح أو ذم أو توجيه أو لفت نظر لأحد الأخطاء سواء من الآخرين أو من نفسه أحياناً.

(٥) القصة الاجتماعية: Social Story

تعد القصة الاجتماعية شكلاً من أشكال التدخل السلوكي الذي تم تطويره لاستخدامه مع أطفال التوحد، بينما يرى هشام الخولي (٢٠٠٨: ١٦٠) أن القصص الاجتماعية بمثابة

إستراتيجية تجمع ما بين الاتجاه السلوكي واتجاه التحليل النفسي، فمن زاوية السلوكية تؤدي إلى أن يسلك طفل التوحد المسلك السلوكي المطلوب في التعامل مع الآخرين، ومن زاوية التحليل النفسي بما تتضمنه من إسقاطات في التعامل تساعد كثيراً في الكشف عن المشاعر الدفينة. كما أن القصة الاجتماعية بما تفتحه من آفاق التخيل وما يحتويه التخيل من سعادة من خلال الانتقال ما بين عالم الواقع إل عالم الخيال حيث أن العالم الخارجي كثيراً ما يكون ملئ بالمثيرات المفزعة المثيرة للخوف لدى طفل التوحد وما يصاحبه من آلام.

(٦)الواجب المنزلي:Homework :

يشير هذا الأسلوب إلى التصرفات التي يطلب المعلم من أفراد الأسرة المهام التي يقومون بها بين الجلسات، حيث يمكن أن يكون الوالد مرشداً إذا كان قادراً على تفهم مشكلة طفله، ومتفهماً لطبيعة وخصائص المرحلة العمرية التي يمر بها، كما تعمل الواجبات المنزلية على إعادة بناء مسارات الأسرة وتغيير مسافة الود بين الأفراد (محمد الشناوي،١٩٩٤: ٤٣٥). لذا يجب على المدرسين ومقدمي الخدمات تحديد الواجب المنزلي ومقداره للأطفال التوحديين لأن هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى مزيد من التدريب سواء في المنزل أو حجرة الدراسة. حيث يحتاج الآباء إلى معرفة مقدار المهمة ومعرفة مدى التشابه لما يستخدمه المدرس في حجرة الدراسة. بالإضافة إلى ذلك من المحتمل احتياج الطالب لمساعدتهم لمراجعة المهمة المحددة، ومن ثم فيجب التأكد من أن المدرسين والآباء ومقدمي العناية يقدرون أهمية الواجب المنزلي.(Myles&Simpson,2003,85)

الأسس التي يقوم عليها البرنامج:

يستند البرنامج الحالي إلي مجموعة من الأسس على النحو التالي:

١. **الأسس العامة:**

راع الباحث أن مهارات التواصل يمكن تنميتها لدى الأطفال ذوي طيف التوحد باستخدام أساليب تعزيز بديلة وذلك حق الطفل التوحدي من التدريب كما راع الباحث حق الأم من الإرشاد والتوجيه بخصوص تدريب هذا الطفل على الأسلوب المناسب لخفض حدة ترديد الكلام لتنمية التواصل.

٢. **الأسس الفلسفية:**

يقوم هذا البرنامج على استخدام فنيات تعديل السلوك عن طريق الاشتراط الإجرائى

وذلك وفقا لأسلوب التدريب عن طريق المحاولات المنفصلةDiscrete Trail Training والذي يقوم على تجزئة المهارة ليتمكن الطفل من التدريب عليها وإتقانها.

٣. الأسس النفسية والتربوية:

راع الباحث خصائص الأطفال ذوي طيف التوحد من حيث حدة ترديد الكلام، وقصور مهارات التواصل لديهم ومحاولة تنمية هذه المهارات بما يساعدهم على توظيف قدراتهم بقدر الإمكان وذلك من خلال برنامج إرشادي سلوكي. يتمثل الأساس التربوي للبرنامج في:

- حاجة الأطفال ذوي طيف التوحد للبرنامج من الناحية التعليمية.
- أهمية البرنامج للمعلمين القائمين على تدريب وتعليم الأطفال ذوي طيف التوحد من خلال تزويدهم بالاستراتيجيات المناسبة لخفض حدة ترديد الكلام من أجل تحسين عملية التواصل.
- التدرج في التدريب على المهارات من السهل إلى الصعب.
- مناسبة محتوى البرنامج لقدرات الأطفال ذوي طيف التوحد.

متطلبات تنفيذ البرنامج:

فيما يلي مجموعة من المتطلبات الواجب مراعاتها في جلسات البرنامج حتى تتحقق الفائدة من الجلسات هي:

بيئة التدريب (المكان):

يجب مراعاة أن يكون مكان التدريب الخاص بعينة الدراسة مهيئي من حيث أماكن جلوسهم، الإضاءة الجيدة، أجهزة العرض، ويجب مراعاة الهدوء أثناء الجلسات.

محك تحقيق الأهداف:

يمكن تحديد ذلك المحك من خلال مراجعة ما سبق دراسته في الجلسة السابقة، وكذلك الواجبات المنزلية التي يطلبها الباحثين منهم، ويتوقف إنجاز المتدرب لهدف محدد أو تمكنه من اكتساب المهارات المستهدفة عندما يستجيب بطريقة صحيحة ونسبة ثابتة.

الجدول الزمني لتطبيق البرنامج:

يحتوي هذا البرنامج على (٢٤) جلسة يتم تطبيقها بس بشكل فردي وجماعي على المجموعة التجريبية من الأطفال ذوي طيف التوحد، ومن المتوقع أن يستغرق تطبيق البرنامج شهران ونصف بواقع ٣ جلسات أسبوعياً. ويتراوح زمن الجلسة الواحدة ما بين (٤٠-٤٥)

دقيقة، بحيث يتم تخصيص أول خمس دقائق للترحيب ومناقشة الوجب المنزلي، وأخر خمس دقائق تخصص لتوزيه الواجب المنزلي المطلوب منه.

مراحل وخطوات تنفيذ البرنامج:

يتم تنفيذ البرنامج التدريبي الحالي من خلال ثلاث مراحل أساسية هي:

المرحلة التمهيدية:

- يتم خلال هذه المرحلة تطبيق مقياس تشخيص التوحد، ومقياس ترديد الكلام، استمارة تحديد مستوى التواصل اللفظي لدي الأطفال ذوي طيف التوحد.
- من خلال ذلك التطبيق يتم تحديد أفراد العينة ويتم تقسيمهم إلى مجموعتين التجريبية وهى التي تتعرض للبرنامج التدريبي، والأخرى ضابطة وهى التي لا تتعرض للبرنامج.
- يتم خلال المرحلة التمهيدية أيضاً اتخاذ كافة إجراءات الجلسة لتكوين علاقة تعارف مع الأطفال، وأولياء أمورهم، وإعطائهم فكرة عن الهدف من البرنامج وكيفية تنفيذه، ومساعدة الطفل على تعميم المهام والمهارات التي يتعلمها.

مرحلة التنفيذ:

يتم تنفيذ البرنامج الإرشادي السلوكي بوحدة النطق واللغة بمركز التأهيل بجدة على مدى ثلاث شهور تقريباً بواقع جلستان أسبوعيا، وبذلك يتكون البرنامج التدريبي من (٢٤) جلسة، ومدة الجلسة تتراوح ما بين (٤٠-٤٥) دقيقة، وتتضمن كل جلسة تحقيق مجموعة أهداف إجرائية من أهداف البرنامج.

مرحلة التقييم :

في هذه المرحلة يتم تقييم البرنامج القائم على الإرشاد السلوكي لخفض حدة ترديد الكلام(المصاداة) وأثره في تحسين التواصل للمجموعة التجريبية، وكذلك للتحقق من استمرار تأثير البرنامج خلال المتابعة.

والجدول التالي توزيع جلسات البرنامج من حيث هدد الجلسات وموضوع كل جلسة وأهدافها والفنيات المستخدمة في تنفيذها.

جدول (١)

شكل تخطيطي لجلسات البرنامج الإرشادي السلوكي

الجلسة	موضوع الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة	زمن الجلسة
١	جلسة تعارف	أهداف معرفية: أن يتعرف الطفل على الباحث أن يتعرف الطفل على زملائه في المجموعة التجريبية. أهداف مهارية: أن يتمكن الطفل من تقديم نفسه بطريقة صحيحة. أهداف وجدانية: أن يرغب الطفل في التواصل مع الآخرين.	النمذجة – المعززات المادية والمعززات المعنوية	٤٠ دقيقة
٢	جلسة التعارف (٢) وإرشاد أسري وتطبيق أدوات الدراسة	تدعيم التعارف بين الباحث والأمهات المشتركات في البرنامج. إقامة علاقة إيجابية بين الباحث والأمهات تتميز بالألفة والتقبل والمشاركة الإيجابية. شرح لمضمون البرنامج، وأهميته في تنمية مهارات الأمهات والتعامل مع مشكلات أطفالهم التوحديين. إيجاد جو من الألفة بين الباحث وأطفال المجموعة التجريبية. أن يتعرف الطفل على المكان الذي تجري فيه جلسات البرنامج وأوقاتها، تطبيق أدوات الدراسة.	المحاضرة، الحوار، المناقشة الفردية	٤٠ دقيقة
٣-٤	التواصل البصري (جلسة فردية).	الهدف العام: تنمية التواصل البصري مع الآخرين. الهدف السلوكي: أن يتمكن الطفل من التواصل البصري مع الآخرين. الأهداف المعرفية: أن يستجيب الطفل لاسمه بالنظر إلى الآخرين. الأهداف الوجدانية: أن يوظف الطفل التواصل البصري في التفاعل والتواصل مع الآخرين. الأهداف المهارية: أن يتوجه الطفل ناحية مصدر الصوت. – أن ينظر الطفل لمن يتحدث إليه.	المحاضرة، الحوار، المناقشة الفردية التعزيز بنوعية (المادي والمعنوي) ، الواجب المنزلي.	٤٠ دقيقة

الجلسة	موضوع الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة	زمن الجلسة
٥	رد التحية على الآخرين.	الهدف العام: تنمية مهارات الاستجابة للآخرين. الهدف السلوكي: أن يستجيب الطفل لتحية الآخرين باستخدام كلمة أو عبارة أو إشارة يتم الاتفاق عليها. الأهداف المعرفية: أن يربط الطفل بين إلقاء التحية عليه وردها على الآخرين. - أن يقول الطفل عبارة كلمة "صباح الخير".. - أن لا يردد الطفل العبارة أكثر من مرة. الأهداف المهارية: أن يتمكن الطفل من مد يده عند السلام عليه أو على الآخرين. أن ينظر الطفل إلى وجه الآخر عند السلام عليه. الأهداف الوجدانية: أن يتواصل الطفل مع الآخرين من خلال رد التحية على الآخرين.	المحاضرة، الحوار، المناقشة الفردية التعزيز بنوعية (المادي والمعنوي)، الواجب المنزلي.	
٦	التواصل البصري(٢).	الهدف العام: تنمية التواصل البصري. الهدف السلوكي: أن يتبع الطفل التعليمات البسيطة (من خطوة واحدة). الأهداف المعرفية: أن يفهم الطفل التعليمات الموجه إليه. الأهداف الوجدانية: إن يتواصل الطفل مع الآخرين من خلال الاستماع إليهم أثناء التعليم الفردي وأن يشعر الطفل بالأثر الإيجابي الناتج عن تنفيذ التعليمات الموجهة إليه. الأهداف المهارية: أن يظهر الطفل أداءً حركياً يوضح فهم الأمر الموجه إليه.	المحاضرة، الحوار، المناقشة الفردية التعزيز بنوعية (المادي والمعنوي)، الواجب المنزلي.	٤٠ دقيقة
٧	التدريب على تمييز المشاعر من خلال الصور	الهدف العام: إدراك الطفل للمشاعر والاستفادة من ذلك في التواصل مع الآخرين. الهدف السلوكي: أن يتمكن الطفل من تمييز تعبيرات الوجه من خلال الصور. الأهداف المعرفية: أن يتعرف الطفل على تعبيرات الوجه دون تردد من خلال الصور. - أن يميز الطفل بين صورة الشخص السعيد والشخص الحزين. الأهداف الوجدانية: -أن يبتسم الطفل عندما تبتسم له الباحث. الأهداف المهارية: أن يطابق الطفل بين الصور بناء على تشابه تعبيرات الوجه.	المحاضرة، الحوار، المناقشة الفردية التعزيز بنوعية (المادي والمعنوي)، الواجب المنزلي.	٤٠ دقيقة

الجلسة	موضوع الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة	زمن الجلسة
٨	التدريب على تمييز المشاعر من خلال الصور (٢).	الهدف العام: إدراك الطفل للمشاعر والاستفادة من ذلك في التواصل مع الآخرين. الهدف السلوكي: أن يتمكن الطفل من تمييز تعبيرات الوجه من خلال الصور. الأهداف المعرفية: أن يتعرف الطفل على تعبيرات الوجه (سعيد-حزين-غاضب-خائف) من خلال الصور. الأهداف الوجدانية: أن يبتسم الطفل عندما تبتسم له الباحث. الأهداف المهارية: أن يطابق الطفل بين الصور بناء على تشابه تعبيرات الوجه. (معالجة بصرية للصورة). - أن يشير الطفل إلى صورة الوجه السعيد أو الحزين أو الغاضب أو الخائف عندما يطلب منه ذلك.	النمذجة، التعزيز، التلقين، لعب الدور، التغذية الراجعة، الواجب المنزلي	٤٠ دقيقة
٩	التدريب على تمييز المشاعر من خلال الرسوم التخطيطية	الهدف العام: إدراك الطفل للمشاعر والاستفادة من ذلك في التواصل مع الآخرين الهدف السلوكي: أن يتمكن الطفل من تمييز تعبيرات الوجه من خلال الرسوم التخطيطية. الأهداف المعرفية: أن يتعرف الطفل على تعبيرات الوجه (أجابه من متعدد) من خلال الرسوم التخطيطية. الأهداف الوجدانية: أن يرد الطفل على تحية الآخرين بكلمتين فقط. الأهداف المهارية: أن يطابق الطفل بين الرسوم التخطيطية بناء على تشابه تعبيرات الوجه.	النمذجة، التعزيز ، التلقين- التغذية الراجعة، الواجب المنزلي	٤٠ دقيقة
١٠-١١	التدريب على مواقف الشعور بالسعادة	الهدف العام: إدراك الطفل لمشاعر السعادة والاستفادة من ذلك في التواصل مع الآخرين الهدف السلوكي: أن يتمكن الطفل من التنبؤ بحالة الشخص في المواقف الدالة على السعادة من خلال الصورة. الأهداف المعرفية: أن يتعرف الطفل على السعادة من خلال الصورة الدالة على السعادة. الأهداف الوجدانية: أن يقدم الطفل على التواصل مع الآخرين من خلال تعبيرات الوجه في المواقف المختلفة. - أن يسعد الطفل عند سماعة للقصة. - الأهداف المهارية: أن يشير الطفل على صورة الوجه السعيد عندما يطلب منه ذلك دون ترديد.	المحاضرة، الحوار، المناقشة الفردية التعزيز بنوعية (المادي والمعنوي) ، الواجب المنزلي.	٤٠ دقيقة

الجلسة	موضوع الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة	زمن الجلسة
١٢-١٣	التدريب مواقف الشعور بالحزن	الهدف العام: إدراك الطفل لحالة الحزن والاستفادة من ذلك في التواصل مع الآخرين الهدف السلوكي: أن يتمكن الطفل من التعرف على حالة الشخص من خلال محتوى الصورة. الأهداف المعرفية: أن يتعرف الطفل على تعبيرات الوجه الحزين من خلال الموقف الدال على الحزن - أن يتعرف الطفل سبب الحزن من خلال الصورة. الأهداف الوجدانية: أن يرغب الطفل في التواصل مع الآخرين من خلال استخدام التعبيرات المختلفة. الأهداف المهارية: أن يشير الطفل على صورة الوجه الحزين عندما يطلب منه - أن يكمل الطفل الجزء الناقص من الصورة.	النمذجة، التعزيز ،التلقين، ، الواجب المنزلي القصة الاجتماعية	٤٠ دقيقة
١٤-١٥	التدريب على فهم مواقف الشعور بالخوف	الهدف السلوكي: أن يتمكن الطفل من التعرف بحالة الشخص في الموقف من خلال محتوى الصورة. الأهداف المعرفية: أن يتعرف الطفل على تعبيرات الوجه الخائف من خلال الموقف الدالة على الخوف. أن يستطيع الطفل التعرف على أسباب الخوف من خلال الصورة. الأهداف الوجدانية: أن يرغب الطفل في التواصل مع الآخرين من خلال استخدام التعبيرات المختلفة. الأهداف المهارية: أن يشير الطفل على صورة الوجه الخائف عندما يطلب منه ذلك. أن يفرق الطفل بين صورة الوجه الخائف والوجه الحزين	النمذجة، التعزيز، التلقين، القصة الاجتماعية، الواجب المنزلي	٤٠ دقيقة

الجلسة	موضوع الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة	زمن الجلسة
١٦-١٧	التدريب على فهم مواقف الشعور بالغضب	الهدف العام: إدراك الطفل للمشاعر والاستفادة من ذلك في التواصل مع الآخرين الهدف السلوكي: أن يتمكن الطفل من التنبؤ بحالة الشخص من خلال للصورة . الأهداف المعرفية: أن يتعرف الطفل على تعبيرات الوجه الغاضب من خلال الأهداف الوجدانية: أن يرغب الطفل في التواصل مع الآخرين. الأهداف المهارية: أن يشير الطفل على صورة الوجه الغاضب عندما يطلب منه ذلك. - أن يقلد الطفل الشخص الغاضب عندما يطلب منه ذلك- أن يميز الطفل بين صورة الوجه الحزين والوجه الغاضب.	النمذجة، التعزيز، التلقين، التغذية الراجعة (التشجيعية والتصحيحية) الواجب المنزلي القصة الاجتماعية.	٤٠ دقيقة
١٨-١٩	التدريب على فهم المشاعر المبنية على الرغبات	الهدف العام: إدراك الطفل للمشاعر والاستفادة من ذلك في التواصل مع الآخرين. الهدف السلوكي: أن يتمكن الطفل من التعرف على مشاعر الآخر (سعيد أو حزين) حسب تحقق رغباته أو عدم تحققها. الأهداف المعرفية: أن يتعرف الطفل على تعبيرات الوجه (سعيد - حزين). الأهداف الوجدانية: أن يتقبل الطفل اللمس الإيجابي (كالاحتضان) بما يزيد من تواصله مع الآخرين. الأهداف المهارية: أن يتعرف لطفل على تعبيرات الوجه التي ستظهر من خلال القصة المصورة. - أن يشير الطفل على صورة الوجه السعيد أو الحزين عندما يطلب منه ذلك. - أن يعيد الطفل سرد القصة (يلعب دور الباحث).	النمذجة، التعزيز، التلقين، لعب الدور، الواجب المنزلي القصة الاجتماعية	٤٠ دقيقة

الجلسة	موضوع الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة	زمن الجلسة
٢٠	التدريب على فهم المشاعر المبنية على الاعتقاد(١)	الهدف العام: إدراك الطفل للمشاعر والاستفادة من ذلك في التواصل مع الآخرين. الهدف السلوكي: أن يتمكن الطفل من التعرف على مشاعر الآخر (سعيد أو حزين) المبنية على الاعتقادات الحقيقية من خلال عدم تحقيق الرغبة. الأهداف المعرفية: أن يتعرف الطفل على المشاعر التي توضحها الصورة. - أن يتعرف الطفل على تعبيرات الوجه (سعيد - حزين) الأهداف الوجدانية: أن يرغب الطفل في التواصل مع الآخرين. الأهداف المهارية: أن يتعرف الطفل على تعبيرات الوجه من خلال الصورة.	النمذجة، التعزيز، التلقين، لعب الدور، الواجب المنزلي، القصة الاجتماعية المصورة.	٤٠ دقيقة
٢١	التدريب على التعرف على المشاعر المبنية على الاعتقاد(٢)	الهدف العام: إدراك الطفل للمشاعر والاستفادة من ذلك في التفاعل الاجتماعي مع الآخرين. الهدف السلوكي: أن يتمكن الطفل من التعرف على مشاعر الآخر(سعيد أو حزين) . الأهداف المعرفية: أن يتعرف الطفل على المشاعر التي تظهرها الصورة. - أن يتعرف الطفل على تعبيرات الوجه المصاحبة لصورة - أن يستنتج الطفل أن الأحداث التي تخالف المعتقدات تسبب حدوث المشاعر. الأهداف الوجدانية: أن يرغب الطفل في التواصل مع الآخرين. - أن يفرح الطفل عندما يحصل على الشيء المفضل لديه. الأهداف المهارية: أن يتنبأ الطفل بتعبيرات الوجه التي ستظهر على الشخصية من خلال القصة المصورة.	النمذجة، التعزيز، التلقين، لعب الدور، الواجب المنزلي، القصة الاجتماعية المصورة	٤٠ دقيقة

الجلسة	موضوع الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة	زمن الجلسة
٢٢-٢٣	التعرف على المشاعر المبنية على الاعتقاد.	الهدف العام: إدراك الطفل للمشاعر والاستفادة من ذلك في التواصل مع الآخرين. الهدف السلوكي: أن يتمكن الطفل من التعرف على مشاعر الحزن-السعادة-الخوف. الأهداف المعرفية: أن يتعرف الطفل على المشاعر من خلال الصور. - أن يتعرف الطفل على تعبيرات الوجه المصاحبة للمشاعر. الأهداف الوجدانية: أن يرغب الطفل في التواصل الإيجابي مع الآخرين. الأهداف المهارية: أن يتعرف الطفل على بتعبيرات الوجه من خلال القصة المصورة. - أن يشير الطفل إلى صورة الوجه السعيد أو الحزين عندما يطلب منه ذلك.	النمذجة، التعزيز، التلقين، الواجب المنزلي، القصة الاجتماعية المصورة	٤٠ دقيقة
٢٤	الختامية والتقييم النهائي والمتابعة	أن يقضي جميع أطفال المجموعة التجريبية بعض الوقت في جو من المرح والغناء. أن يتعرف جميع أطفال المجموعة التجريبية على بعض مظاهر الاحتفال في المناسبات المختلفة. أن يتدرب جميع أطفال المجموعة التجريبية على بعض أشكال التواصل الإيجابي مع الآخرين. إقامة حفل ختامي لأطفال المجموعة التجريبية والأم.	المعززات المادية والمعززات المعنوية	٤٠ دقيقة

تفاصيل بعض جلسات البرنامج السلوكي كنموذج

الجلسة السادسة

موضوع الجلسة: التواصل البصري(٢).

الهدف العام: تنمية التواصل البصري.

الهدف السلوكي: أن يتبع الطفل التعليمات البسيطة (من خطوة واحدة).

الأهداف المعرفية: أن يفهم الطفل التعليمات الموجه إليه.

أن يتعرف الطفل على العلاقة بين إتباعه للتعليمات وما يتبع ذلك من نتائج.

الأهداف الوجدانية: إن يتواصل الطفل مع الآخرين من خلال الاستماع إليهم أثناء التعليم الفردي وأن يشعر الطفل بالأثر الإيجابي الناتج عن تنفيذ التعليمات الموجهة إليه.

الأهداف المهارية: أن يظهر الطفل أداءً حركياً يوضح فهم الأمر الموجه إليه (مثل الجلوس على الكرسي معتدلاً) والنظر إلى عين الباحث خلال المحادثة في التعليم الفردي.

الأدوات المستخدمة: كرسي – قلم.

مدة الجلسة: ٤٠ دقيقة.

إجراءات الجلسة:

١-يجلس الباحث في وضع مقابل للطفل على بعد قدمين منه، يقوم الباحث بتوجيه التعليمات للطفل وليكن "ارفع أيدك" بحيث يكون هذا الأمر واضح وبإيقاع مناسب، وقبل توجيه التعليمات للطفل يتم التأكد مما يلي:

- أن الطفل لا يمارس أي من سلوكيات استثارة الذات (مثل هز الجسم أو النقر بالأصابع) التي تحجب انتباه الطفل.
- أن الطفل يجلس على الكرسي في وضع صحيح (يجلس معتدلاً وظهره للخلف ويديه بجانبه).
- أن ينظر إلي الباحث.

٢-أثناء قيام الباحث بتوجيه التعليمات للطفل لا تستخدم تعليمات مركبة (أمرين في وقت واحد)لأنها تؤثر على انتباه الطفل ليميز ما تريده القيام به. بينما يكون من أمر واحد (ارفع أيدك) وبعد قيام الباحث بتوجيه التعليمات للطفل يتم التأكد من ذلك مع منح الطفل الوقت الكافي بين التعليمات (فترة فاصلة من ٣-٥ ثواني)، وأن يستجيب الطفل

لما يطلب منه (رفع اليد) خلال ٥ ثواني من توجيه التعليمات إليه.

٣- إذا استطاع الطفل الاستجابة للأمر (٧ محاولات من ١٠ إلى ١٦ من ٢٠) انتقل إلى تعليم الطفل أمر آخر.

٤- إذا أخفق الطفل في الاستجابة للتعليمات يقدم له الباحث الحث البصري بأن يقوم برفع يده بعد أن يوجه الأمر مباشرة للطفل كي يعطي له نموذج للاستجابة المطلوبة منه، ويمكن أن يقوم أحد الأخصائيين بمساعدة الطفل على رفع يده من الخلف استجابة للأمر (مساعدة جسمية) وبعد أن يرفع الطفل يديه لأعلى يمكن أن يجعل الطفل يستمر في رفع يديه ثانيتين أو ثلاثة قبل إعطائه المعزز، بجانب مدح سلوك الطفل "برافو أنت رفعت إيديك فوق مثلاً "وبالتدريج يقوم الباحث بخفض المساعدة التي يقدمهما للطفل تدريجياً بعد ٥ محاولات ناجحة من استجابة للتعليمات بمساعدة، يقوم الباحث بتعزيزه بجانب مدح سلوكه على ما قام به، واستمر في هذا الإجراء حتى يستجيب الطفل لما طلب منه باستقلالية.

٥- في نهاية الجلسة يشكر الباحث الطفل، وبذكره بميعاد الجلسة القادمة.

الواجب المنزلي: يقوم الباحث بمنح الطفل بطاقة مدون عليها النشاط وتعليمات تطبيقه كي تقوم الأم بتدريب الطفل عليه.

الجلسة الثامنة عشر والتاسعة عشر:

موضوع الجلسة: التدريب على فهم المشاعر المبنية على الرغبات.

الهدف العام: إدراك الطفل للمشاعر والاستفادة من ذلك في التواصل مع الآخرين.

الهدف السلوكي: - أن يتمكن الطفل من التعرف على مشاعر الآخر(سعيد أو حزين) حسب تحقق رغباته أو عدم تحققها.

الأهداف المعرفية:

-أن يتعرف الطفل على الانفعالات الخاصة بالصورة المعروضة عليه.

- أن يتعرف الطفل على تعبيرات الوجه (سعيد – حزين).

الأهداف الوجدانية:

- أن يتقبل الطفل اللمس الإيجابي(كالاحتضان) بما يزيد من تواصله مع الآخرين.

الأهداف المهارية:

- أن يتعرف لطفل على تعبيرات الوجه التي ستظهر من خلال القصة المصورة.
- أن يشير الطفل على صورة الوجه السعيد أو الحزين عندما يطلب منه ذلك.
- أن يعيد الطفل سرد القصة (يلعب دور الباحث).

الأدوات المستخدمة: مجموعة من الصور التي توضح وجه سعيد، حزين.

الفنيات المستخدمة: النمذجة، التعزيز، التلقين، لعب الدور، الواجب المنزلي القصة الاجتماعية.

مدة الجلسة: ٤٠ دقيقة.

إجراءات الجلسة:

١. يقوم الباحث بدريب الطفل على التعرف على الحالة الانفعالية لشخص ما(سعيد-حزين) تبعاً لتحقق أمنياته ورغباته هو.
٢. يقوم الباحث بالجلوس مع الطفل على المنضدة وقبل توجيه أي تعليمات للطفل يتم التأكد مما يلي:
   - أن الطفل لا يمارس أي من سلوكيات استثارة الذات (مثل هز الجسم أو النقر بالأصابع) التي تحجب انتباه الطفل.
   - أن الطفل يجلس على الكرسي في وضع صحيح (يجلس معتدلاً وظهره للخلف ويديه بجانبه).
   - أن ينظر الطفل إلى الباحث.
٣. ثم تحكي له القصة المصورة كالآتي:
٤. ثم يسأل الباحث الطفل (سؤال الرغبة) : "محمد قولي أحمد عايز ايه " وبعد القيام بتوجيه التعليمات للطفل يتأكد الباحث من إعطائه وقتاً كافياً بين التعليمات(فترة فاصلة من ٥-١٠ ثواني)، مع تقديم التغذية الراجعة التوضيحية والتشجيعية المناسبة للطفل.
٥. فإذا أجاب الطفل إجابة صحيحة يعزز على الفور ويمدح سلوكه(برافو أحمد كان عايز موبيل)، ثم الانتقال إلى الأمر الآخر.
٦. يمكن تقديم الحث للطفل: "يلا نشوف أحمد كان عايز أيه؟ تعالى نبص على الصورة

مع الإشارة الصورة ويقول" أحمد كان عايز أيه؟ فإذا أجاب الطفل إجابة صحيحة أو أشار إلى صورة الموبيل يعزز ويمدح سلوكه.

٧. يسأل الباحث الطفل (سؤال المشاعر): أحمد هيشعر(هيحس) بأيه؟ لما باباه أعطى له (أدى له) الموبيل؟.

٨. إذا أجاب الطفل إجابة صحيحة يعزز ويمدح الباحث سلوكه. كما يمكن تقديم الحث للطفل: أحمد هيكون فرحان ولا زعلان؟ مع الإشارة إلي الصور التوضيحية، يلا نشوف أحمد شعر (حس) بأيه لما باباه أعطى له " الموبيل" . والطفل يتمكن من اختيار الوجه المعبر،" يلا شاور على وجه أحمد لما خد الموبيل.

٩. فإذا أجاب الطفل يعزز على الفور"، وبعد ذلك يسأله الباحث:

١٠. سؤال التبرير:" هو ليه أحمد هيكون سعيد وفرحان "إذا كانت الإجابة صحيحة يتم إعطائه التعزيز المادي والمعنوي المناسب، أما إذا كانت الإجابة خاطئة، يتم عرض الإجابة الصحيحة وبيان سبب شعور أحمد في تلك الحالة."هيكون فرحانة علشان باباه أدى له الموبيل اللي عايزه "

١١. أما في حال الإجابة غير الصحيحة لسؤال المشاعر، يتم تصحيح خطئه، ويتم عرض الإجابة الصحيحة كالآتي: يلا نبص ونشوف مها هتشعر(هتحس) بأيه؟.

١٢. بص أحمد سعيد فرحان، ثم يشير إلى وجه أحمد هي سعيد علشان خد الموبيل، وتشير إلى الموبيل، أحمد سعيد علشان خد الموبيل اللي عاوزه، ثم تشير الباحث لوجه أحمد.

١٣. ومن خلال القصة : يوضح الباحث للطفل أنه عندما تحصل على شئ تحبه فإنك ستشعر بالسعادة وتطبيق ذلك عمليا مع الطفل مع أشياء مفضلة لدى الطفل.

١٤. يطلب الباحث من الطفل سرد قصة أحمد والموبيل مع تشجيع الطفل على إعادة سرد القصة، ثم يتم توجيه أسئلة من نفس النمط للطفل من حياته اليومية : أنت عايز ايه بابا يجبهولك في عيد ميلادك؟. لما بابا يجبلك الكرة اللي أنت عايزها هتحس بأيه. ليه أنت هتكون فرحان؟.

١٥. في نهاية الجلسة يشكر الباحث الطفل، ويذكره بميعاد الجلسة القادمة.

الواجب المنزلي: يطلب الباحث من الطفل بمساعدة الأم الإجابة على أسئلة من حياته كما في أسئلة القصة.

المراجع:

أولا: المراجع العربية:

١. احمد موسى الدوايدة (٢٠١٤). مستوى أهمية واستخدام أولياء أمور الطلبة ذوي اضطراب التوحد لاستراتيجيات تعديل السلوك. *المجلة الدولية المتخصصة*، المجلد (٢)، العدد (١) ،ص ص ٢٢-٤٢.

٢. إسماعيل محمد بدر (٢٠١١). *علم وظائف الأعضاء لذوي الاحتياجات الخاصة*. الرياض: دار الزهراء للنشر والتوزيع.

٣. باتريشيا رودير (ترجمة) وسيم مزيك وفخر الدين القلا (٢٠٠٠) . الأصول المبكرة للذاتوية. الكويت: *مجلة العلوم*، المجلد ١٦، العددان ٥-٦، ص ص١٢-١٩.

٤. براهيم عبد الله العثماني ، إيهاب عبد العزيز الببلاوي ، سماح منصور (٢٠١٢). مدخل *إلي اضطراب التوحد* . الرياض : مكتبة الزهراء.

٥. جمال محمد سعيد الخطيب، منى صبحي الحديدي (٢٠٠٧). *التدخل المبكر التربية الخاصة في الطفولة المبكرة*. ط٣، عمان: دار الفكر.

٦. جوزيف ريزو، روبرت زابل (ترجمة) عبد العزيز السيد الشخص، وزيدان أحمد السرطاوي (٢٠١٠) . *تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً (النظرية والتطبيق)*. ط.٢ الإمارات: دار الكتاب الجامعي.

٧. جوزيف ريزو، روبرت زابل (ترجمة) عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوي (١٩٩٩) . *تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً* . الإمارات: دار الكتاب الجامعي.

٨. حسن مصطفي عبد المعطى (٢٠٠٣). *الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة* " الأسباب- التشخيص - العلاج ". ط ٤، القاهرة: مكتبة القاهرة.

٩. الدين كفافي(١٩٩٥). معجم *علم النفس والطب النفسي*. الجزء٧. القاهرة: دار النهضة العربية.

١٠. رائد العبادي(٢٠٠٦). التوحد. عمان: مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.

١١. رشاد على عبد العزيز موسى (٢٠٠٢). *علم نفس* الإعاقة. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية .

١٢. روبرت كوجل، لن كوجل (ترجمة)، عبد العزيز السرطاوي، وائل أبو جودة، أيمن خشان. (٢٠٠٣). *تدريس الأطفال المصابين بالتوحد استراتيجيات التفاعل الإيجابية وتحسين فرص التعلم*. الأمارات: دار القلم للنشر والتوزيع.

١٣. سيد جارحي السيد يوسف الجارحي (٢٠٠٤). فاعلية برنامج تدريبي في تنمية بعض مهارات السلوك التكيفي لدى الأطفال التوحديين وخفض سلوكياتهم المضطربة رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس.

١٤. طارق عبد الرؤوف عامر (٢٠٠٨). *الطفل التوحدي*. عمان: اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

١٥. عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢). *الأطفال التوحديون "دراسات تشخيصية وبرامجية"*. القاهرة: دار الرشاد

١٦. عادل عبد الله محمد (٢٠١١). مدخل إلى اضطراب التوحد والاضطرابات السلوكية والانفعالية. *سلسلة غير العاديين*. الجزء السادس. القاهرة دار الرشاد للنشر والتوزيع.

١٧. عادل عز الدين الشول (١٩٨٧). موسوعة *التربية الخاصة*، القاهرة: الانجلو المصرية.

١٨. عبد الرحمن سيد سليمان(٢٠٠١). *إعاقة التوحد*.ط٢. القاهرة. مكتبة زهراء الشرق.

١٩. عبد العزيز *السيد الشخص (٢٠٠٦). قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين*. ط٢. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٢٠. عمر بن الخطاب خليل(٢٠٠١). الأساليب العلاجية الفعالة في التوحد، *مجلة معوقات الطفولة*، مركز معوقات الطفولة، العدد٩، جامعة الأزهر، ص ص٤٥-٨٥

٢١. فاخر عاقل(١٩٨٨). معجم *العلوم النفسية*. حلب: دار شعاع للنشر والعلوم.

٢٢. فايزة إبراهيم عبد اللا أحمد (٢٠٠٩). *فاعلية برنامج علاجي سلوكي في تنمية بعض التعبيرات الانفعالية لدي عينة من الأطفال ذوي طيف التوحد*. بحث مقدم إلي مؤتمر جامعة دمشق (٢٠٠٩).

٢٣. فضيلة توفيق الراوي، أمال صالح حماد (١٩٩٩) . *التوحد Autism الإعاقة الغامضة*. الدوحة: دار الكتب القطرية.

٢٤. فهد حمد المغلوث (٢٠٠٦) . *التوحد كيف نفهمه ونتعامل معه؟* الرياض: إصدارات مؤسسة الملك خالد الخيرية.

٢٥. قحطان أحمد الظاهر (٢٠٠٥) . *مدخل إلى التربية الخاصة*. عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.
٢٦. محمد على كامل(١٩٩٨). *من هم ذوي الاوتيزم، وكيف نعدهم للنضج* , القاهرة: مكتبة النهضة العربية.
٢٧. هشام عبد الرحمن الخولي (٢٠٠٨) . *الأوتيزم الإيجابية الصامتة استراتيجيات لتحسين أطفال الأوتيزم*. القاهرة: نشر بواسطة المؤلف.
٢٨. يوسف القريوتي وعبد العزيز السرطاوي وجميل الصمادي (٢٠١٢). *المدخل إلي التربية الخاصة*. ط٣ ، دبي : دار القلم.

ثانياً: المراجع الإنجليزية

29. Allan Gregory Bunch, (2007) : Teaching Parents And Paraprofessional How to Provide Behavioral Intensive Early Intervention for Children With Autism and Perspire Developmental Disorder ,University of California Los Angeles (0031)Degree, *PH.D*.56/09,P5153.Marg6
30. American Psychiatric Association (1994). Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders,4th *Ed*., Dsm-Iv, Washington, Dc. Author.
31. Baron-Cohen , Simon (1995*An Essay on Autism and Theory of Mind (5th ed.)*. Lond) .Mind blindness: on: The MIT Press.
32. Bogdashina, Olga, (2006). *Theory of Mind And Triad of Perspective Son Autism and Asperser Syndrome A View From The Bnidge London* : Jessica Kingesley Publis
33. Buffington. , Buffin , Gton , Engel , Shigeki , Peter (2005). Procedures For Teaching Appropriate Gestural communication skills to Children With Autism . *Journal of Autism and Developmental Disorders,* v.28,N .6.
34. Carr, Deborah & Felce, J., (2007-a) . The Effects of PECS Teaching to Phase III on the Communicative Interactions between Children with Autism and their Teachers. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Vol 37, N4, pp724-737.
35. Carr, Deborah & Felce, J., (2007-b). Brief report : Increase in production of spoken words in some Children with Autism after PECS Teaching to phase III. *Journal of Autism and Developmental Disorders,* vol 37, N4, pp780-787.
36. Colon, C.L., Ahearn, W.H., Clark, K. M., & Masalsky , J.(2012).

The Effect of Verbal Operant Training And Response Interruptions And Redirection on Appropriate And Inappropriate Vocalizations. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 45(1), Pp.107-120.

37. Cooke, E; Hi, (1996). Pathophysiology of Autism: *Neurochemistry Journal of Autism and Development Disorders*. Vol. 26, No 2 , pp . 171-194
38. Frith , U.; Hill, E. (2004). *Autism: Mind and brain.* Oxford: University Press.
39. Frith ,Uta (2003) *.Autism explaining the enigma.* Second Edition. Oxford: Basil Blackwell Publishing
40. Gamze, M.A & Atilla coukaytar (2007). The effectiveness of a parent education Programme offered through distance education about independent autistic children. Education centre (IACEC). *Journal of Dostance Education* – TOJDE. Vo (s). N(1) pp 23-32
41. Haiduc, Livina (2009) *.school integration of children with autism* .Acta Didactica Napocensia .Vol. 2 , No 1 , Pp . 29-34.
42. Happe, Francesca & Frith,Uta (1995) .Theory of mind . (In) Eric Schopler & Cary, Mesibor (*Eds.*) . Learning and cognition in autism. New York, London; Plenum Press
43. Johnston, S., Evans, E. And Goanne, P. (2004). *The Use of Visual Support In Teaching Young Children With Autism Spectrum Disorder to Imitiale Interactions*. London: Powel Company.
44. Keen, D.(2003). , Communicative Repair Strategies and Problem Behaviors of Children with Autism. International *Journal of Disability*, Developmental and Education, 50 (1).
45. Lockshin, S., Gittis, J & Romancyek , R.(2005). Helping Your Child with Autism: Step –By- Step Workbook for Families. New Harbinger Publishing
46. Loeffelhardt, J., M., & Yack, E., Turkjngton, C, (2007) Keys to success: Combining Communication and sensory Integration Strategies. International symposium on Autism 1998 November 4.6.Conference Proceeding; Geneva Centre for Autism toranto.
47. Michelle, S. , Julianna F., Alison M., Elizabeth G. , Margaret , B., & Rebeca L. (200٦). Response to Joint Attention in Toddlers at Risk for Autism Spectrum Disorder: A Prospective Study. *Journal of Autism Development Disorders*, 37, 37-48.

48. Novaes , Camila ; Ponde , Milena & freire , Antonio (2008) . *Control of Psychomotor agitation and aggressive behavior in patients with autism. Arqneuro Psiquiatr* , 66 , 3.B , PP. 616-651.
49. Salt ;Jeff , Blanton; Johnson ,G.W. (2003) : The Scottish Central for Autism Preschool treatment Program Autism The International *Journal of Research And -practice* .vol 5,6.pp362-400
50. Sandy Shaw (2006) : Behavior Treatment for Children With Autism : A comparison Between Discrete Trial Training And Pivotal Response Training In Teaching Emotion Perspective Taking Skills, .*(PH-D)*- California School Of Professional Psychology .vol -11,s.p61210
51. Scheuermann, Brenda & webber, Jo (2002), *Autism Teaching Does Make a Difference Canda*: Was worth Group
52. Scott Jack, Clark cludia & Bradley Michael, 2000, *student with Autism. Characteristics and instructional programming for special educators California San Diege:* Singular Publishing Group.
53. Shaw, W (2001). *Biological Treatments for Autism Amp Odd Sunflower Publications.*
54. Siegel,Brany(2003). *Helping children with autism learn*: treatment approaches for parents and professionals. Oxford University Press
55. Vanlue, Michael & Waldron, Claire (2004). *social story intervention*. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, Vol. 19, No 2, pp.87-94